



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**Escola Superior de Educação**

**Mestrado de Psicogerontologia Comunitária**



**Vivências da Reforma, Saúde Mental e Qualidade de Vida em  
Gerontes do Destacamento de Trânsito da Guarda Nacional  
Republicana em Beja**

**José Domingos Lampreia Rodrigues**

**Beja**

**2017**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**  
**Escola Superior de Educação**  
**Mestrado de Psicogerontologia Comunitária**



**“Vivências da Reforma, Saúde Mental e Qualidade de Vida  
em Gerontes do Destacamento de Trânsito da Guarda  
Nacional Republicana em Beja”**

**Dissertação de mestrado apresentada na Escola Superior de Educação de Beja**

**Elaborado por:**

**José Domingos Lampreia Rodrigues**

**Orientado por:**

**Professora Doutora Maria Cristina Campos de Sousa Faria**

**Beja**

**2017**

## **Dedicatória**

*Aos meus pais, Mariana e José (memorium)*

## Resumo

Enquadrada numa perspetiva de investigação-ação, a presente investigação tem como principal objetivo conhecer as vivências da reforma, a saúde mental e a qualidade de vida de reformados dum Destacamento de Trânsito da GNR para delinear estratégias de intervenção promotoras de bem-estar de reformados deste grupo profissional. Para a sua realização foi utilizada uma metodologia de investigação qualitativa e quantitativa, de carácter exploratório e transversal. Participaram neste estudo pessoas selecionadas intencionalmente e com critérios, a saber: residirem em Beja, possuírem disponibilidade para participarem no projeto e serem reformados do Destacamento de Trânsito da GNR da mesma localidade. Contou-se assim com a participação de três idosos, todos do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 58 e os 68 anos, das suas respetivas esposas e do Comandante Distrital da GNR. Os instrumentos de avaliação utilizados foram: a Entrevista Semiestruturada sobre Saúde Mental e Bem-estar em gerontes, o Inventário de Saúde Mental e o WHOQOL-OLD adaptado para a população portuguesa. Os resultados obtidos após a realização deste trabalho, mostraram-nos que o envelhecimento dos idosos não está a decorrer de forma ativa e bem-sucedida. Através da aplicação do Inventário de Saúde Mental, constatou-se que dois participantes não apresentaram sintomatologia e um (P1) apresentou resultados totais de sintomas graves, valores indicativos de carência de afeto positivo e baixa pontuação ao nível do bem-estar positivo. Verificou-se que este participante apresenta sintomas graves ao nível da saúde mental e valores indicativos que apontam para o resultado de que “*necessita de melhorar a sua qualidade de vida*”, devido a carências nos domínios: *Atividade* passadas, presentes e futuras (que avalia a satisfação com objetivos alcançados na vida e projetos a realizar) e *Participação Social* (que avalia a participação em atividades do quotidiano, nomeadamente, na comunidade) Os outros dois gerontes apontam para resultados de: “*regular qualidade de vida*”.

A investigação realizada possibilitou uma melhor compreensão sobre a especificidade das dinâmicas de reforma na GNR e contribui para refletir sobre estratégias de intervenção neste domínio. A partir destas informações delineou-se uma proposta de Projeto de Intervenção denominado “*Ó da Guarda, pequenas reparações*”, com o intuito de melhorar o quotidiano dos três idosos que fizeram parte da investigação. O Projeto de Intervenção visou ainda dar continuidade continuar a estimular o envelhecimento ativo dos mesmos, através da aplicação de estratégias para que se

mantenham ativos, mas, também, proporcionar-lhes benefícios no campo da saúde física e mental, por forma a fomentar a sua participação ativa na comunidade.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, Reforma, Saúde mental, Qualidade de vida, Reformados.

## **Abstract**

Based on an action-research perspective, the main objective of the present research is to know the experiences of the reform, mental health and quality of life of retirees of a Transit Detachment of the GNR to delineate intervention strategies that promote the well-being of retirees Professional group. For its accomplishment a qualitative and quantitative research methodology, of exploratory and transversal character was used. Participants in this study were people who were selected intentionally and with criteria, namely: residing in Beja, being willing to participate in the project and being retired from the GNR Transit Detachment of the same locality. This included the participation of three elderly men, all males, aged 58-68, their wives and the District Commander of the GNR. The evaluation instruments used were: the Semi- structured Interview on Mental Health and Well-being in gerontologists, the Mental Health Inventory and the WHOQOL-OLD adapted for the Portuguese population.

The results obtained after this work, showed that the aging of the elderly is not happening in an active and successful way. Through the application of the Mental Health Inventory, it was found that two participants did not present symptoms and one (P1) presented total results of severe symptoms, values indicative of lack of positive affection and low scores in the level of positive well-being. This participant was found to have severe mental health symptoms and indicative values indicating that they "need to improve their quality of life" due to deficiencies in past, present and future Satisfaction with goals achieved in life and projects to be carried out) and Social Participation (which evaluates the participation in daily activities, namely in the community) The other two gerontes point to results of: "regular quality of life."

The research carried out allowed a better understanding of the specificity of the dynamics of reform in the GNR and contributes to reflect on intervention strategies in this domain. Based on this information, a proposal for an Intervention Project called "Ó da Guarda, small repairs" was designed to improve the daily life of the three elderly people who were part of the research. The Intervention Project also aimed at continuing to stimulate their active aging, through the implementation of strategies to remain active, but also to provide them with benefits in the field of physical and mental health, in order to foster their Active participation in the community.

**Key words:** Aging, Reform, Mental health, Quality of life, Retired.

## **Agradecimentos**

Após um longo período de esforço, perseverança, frustração, aprendizagem e trabalho, é com orgulho que olho para trás e consigo ver que nunca, nem por um breve momento, estive sozinho. Completo esta etapa da minha vida com a ajuda de várias pessoas, às quais ficarei para sempre agradecido.

Venho por este meio agradecer a todos aqueles que me acompanharam e apoiaram ao longo deste trabalho e que, de diversas formas, contribuíram para que o mesmo fosse possível.

À Professora Doutora Maria Cristina Campos de Sousa Faria, orientadora deste trabalho, pelo seu apoio, atenção e orientação profissional dedicada ao longo deste trabalho.

À Margarida, meu amor, pelo seu apoio incondicional, pela sua compreensão em relação à minha ausência e pelos seus sábios conselhos que, ao longo destes dois anos, me foi dando e que em muito me ajudaram e motivaram.

A todos os participantes idosos do meu estudo, pela amabilidade e disponibilidade com que me receberam e pela facilidade com que partilharam alguns dos momentos, bons e maus, das suas histórias de vida.

A todos vós, um sentido Muito Obrigado!

## ÍNDICE GERAL

Dedicatória .....	I
Resumo .....	II
Abstract .....	IV
Agradecimentos .....	V
Índice geral .....	VI
Índice de gráficos .....	IX
Índice de tabelas .....	X
Lista de apêndices e anexos .....	XI
Introdução.....	1
<b>Parte I - Enquadramento teórico .....</b>	<b>4</b>
<b>1 -Envelhecimento .....</b>	<b>4</b>
1.1 - Envelhecimento Biológico, Psicológico e Social .....	8
1.2 - Envelhecimento Demográfico .....	11
<b>2 -Saúde Mental no envelhecimento .....</b>	<b>16</b>
2.1 - Conceito de Saúde Mental .....	17
2.2 - Doenças Mentais.....	18
2.3 - Promoção de Saúde Mental no envelhecimento.....	23
<b>3 -Reforma .....</b>	<b>26</b>
3.1 - O conceito de Reforma .....	27
3.2 -Legislação sobre a Reforma .....	34
3.3 - Qualidade de vida na Reforma .....	36
<b>4 - Passagem à reforma na GNR .....</b>	<b>38</b>



<b>Parte II - Estudo empírico .....</b>	<b>42</b>
<b>5 - Metodologia.....</b>	<b>42</b>
5.1- Propósito e delimitação da problemática .....	43
5.2- Instrumentos de recolha de dados.....	44
5.3- Procedimentos .....	47
5.4 - Técnicas de recolha de dados: Pesquisa documental, Observação e Entrevista.....	48
5.5 - Participantes .....	51
<b>6 - Apresentação, análise e discussão de resultados .....</b>	<b>52</b>
6.1- Entrevistas semiestruturada sobre saúde mental e bem-estar.....	53
6.2- Inventário de saúde mental.....	68
6.3- Instrumento de avaliação de qualidade de vida no idoso .....	72
<b>Parte III - Proposta do Projeto de Intervenção.....</b>	<b>73</b>
<b>7. Projeto de Intervenção.....</b>	<b>76</b>
7.1 - Fundamentação do Projeto de Intervenção.....	77
7.2 - Objetivo Geral.....	78
7.3 - Objetivos específicos.....	78
7.4 - Público-alvo .....	79
7.5 - Profissionais envolvidos no projeto.....	79
7.6 - Planificação da Intervenção.....	80
7.7 - Cronograma.....	83
7.8 - Avaliação do Projeto.....	83
<b>Conclusões.....</b>	<b>85</b>
<b>Referências bibliográficas.....</b>	<b>89</b>

<b>Apêndices</b> .....	97
Apêndice I - Guião da entrevista aplicada ao comandante da GNR de Beja.....	99
Apêndice II - Guião da entrevista aplicada aos familiares dos gerontes.....	101
Apêndice III - Guião da entrevista aplicada aos gerontes.....	103
Apêndice IV - Entrevista aplicada ao Comandante da GNR de Beja.....	106
Apêndice V - Entrevista aplicada aos familiares dos gerontes.....	112
Apêndice VI - Entrevista aplicada aos gerontes.....	118
Apêndice VII - Caracterização dos entrevistados.....	124
Apêndice VIII - Termo de consentimento dos participantes .....	126
Apêndice IX - Transcrição das entrevistas .....	127
<b>Anexos</b> .....	158
Anexo I - Inventário de saúde menta.....	159
Anexo II - Instrumento de avaliação de qualidade de vida .....	174

## Índice de gráficos

<b>Gráfico 1</b> - Evolução do número de idosos sinalizados a viverem sozinhos e/ou isolados ou em situações de vulnerabilidade. . . . .	13
<b>Gráfico 2</b> - Situação dos idosos sinalizados. . . . .	14
<b>Gráfico 3</b> – Distribuição dos Idosos em situação vulnerável no distrito de Beja, em função do género. . . . .	15
<b>Gráfico 4</b> – Distribuição dos Idosos em situação vulnerável, pelos Concelhos do distrito de Beja. . . . .	15
<b>Gráfico 5</b> - Apresentação dos resultados das Dimensões e Dimensões Primárias dos dados recolhidos do Participante P1 . . . . .	69
<b>Gráfico 6</b> - Apresentação dos resultados das Dimensões e Dimensões Primárias dos dados recolhidos do Participante P2. . . . .	70
<b>Gráfico 7</b> - Apresentação dos resultados das Dimensões e Dimensões Primárias dos dados recolhidos do Participante P3. . . . .	71

## Índice de tabelas

<b>Tabela 1</b> - Número de idosos sinalizados por distrito a viverem sozinhos e/ou isolados ou em situações de vulnerabilidade.....	14
<b>Tabela n.º 2</b> - Caracterização dos Participantes .....	51
<b>Tabela n.º 3</b> - Análise de E1 e E4, às mesmas dimensões .....	56
<b>Tabela n.º 4</b> - Análise de E2 e E5, às mesmas dimensões.....	59
<b>Tabela n.º 5</b> - Análise de E3 e E6, às mesmas dimensões.....	63
<b>Tabela n.º 6</b> - Análise geral das Entrevistas de Avaliação Neuropsicológica.....	66
<b>Tabela n.º 7</b> - Apresentação dos resultados da qualidade de vida <i>whoqol old</i> .....	69
<b>Tabela n.º 8</b> - Plano de atividades do projeto .....	82
<b>Tabela n.º 9 ° - Cronograma</b> das ações e atividades do projeto de intervenção.....	83
<b>Tabela n.º.10</b> - Caracterização dos entrevistados.....	124

## **Lista de Apêndices e Anexos**

<b>Apêndices</b> .....	97
Apêndice I - Guião da entrevista aplicada ao comandante da GNR de Beja.....	99
Apêndice II - Guião da entrevista aplicada aos familiares dos gerontes.....	101
Apêndice III - Guião da entrevista aplicada aos gerontes.....	103
Apêndice IV - Entrevista aplicada ao Comandante da GNR de Beja.....	106
Apêndice V - Entrevista aplicada aos familiares dos gerontes.....	112
Apêndice VI - Entrevista aplicada aos gerontes.....	118
Apêndice VII - Caracterização dos entrevistados.....	124
Apêndice VIII - Termo de consentimento dos participantes .....	126
Apêndice IX - Transcrição das entrevistas .....	127
<b>Anexos</b> .....	158
Anexo I - Inventário de saúde menta.....	159
Anexo II - Instrumento de avaliação de qualidade de vida .....	174

## Introdução

O envelhecimento surge de forma normal e natural, a vida laboral chega ao fim e inicia-se a entrada na reforma. Na atualidade, o avanço da medicina proporcionou condições para que as pessoas vivam mais. Envelhecer é um processo vital inerente a todos os seres humanos, porém, a longevidade conquistada não tem significado sem as condições essenciais para se obter qualidade de vida.

O paradigma existente, face às questões do envelhecimento, surge como sendo mais abrangente, no sentido de recomendar a qualidade de vida e a saúde, nas suas mais diversas nomenclaturas, dos mais velhos com manutenção de autonomia física, psicológica e social, em que os idosos estejam integrados numa sociedade segura, podendo disfrutar de uma cidadania plena, considerando este facto, aliado à consolidação da reforma, as suas vivências e as suas consequências, pensa-se que é relevante a pertinência e atualidade do tema. Em que a promoção da qualidade de vida, numa etapa de vida em que o declínio físico é incontornável, implica considerar critérios multidimensionais, como a manutenção da rede social e de atividades significativas. A perspectiva do envelhecimento ativo, enfatiza, em simultâneo os contributos prestados pelos idosos à sociedade, através dos bens que produzem, e o bem-estar e qualidade de vida derivados do processo (*Kaye, Butter, & Webster, 2003*).

Este conceito aplica-se tanto a nível individual, como populacional. O envelhecimento ativo, de acordo com (Lopes, 2008, citado por Escoval, 2008:282), “permite às pessoas alcançarem o seu potencial de bem-estar físico, social e mental através do percurso de vida e participarem na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades (...)”. No fundo, uma etapa de vida com a continuação da participação ativa na sociedade e não, somente, o corpo fisicamente ativo.

Para Marques (2012:57), “O paradigma do envelhecimento ativo convida, assim, a reformular a articulação entre a atividade e a reforma, entre o trabalho e a saúde, entre a participação e a exclusão, no sentido de caminhar para uma sociedade mais inclusiva e com menos discriminações em torno da idade”, o que exigiria novas políticas públicas, assim como fomentar na sociedade dinâmicas anti discriminatórias em relação à idade. O envelhecimento ativo, segundo traços gerais, será aquele em que a pessoa idosa se adequa de uma forma mais fácil e apropriada às diversas mudanças que vão surgindo

nesta fase da vida, sendo físicas, psíquicas ou sociais. Aliás, segundo Rosa (1999), é totalmente perceptível que o período da reforma afete as relações com o “outro”, assim como as relações profissionais anteriormente estabelecidas.

A saúde é, para a generalidade das pessoas idosas, um aspeto fundamental quando se equaciona o respectivo bem-estar psicológico. Manter a saúde mental e a memória ativa é um desafio constante, já que nem todas as habilidades da inteligência declinam e outras são preservadas ou podem ligeiramente melhorar.

As doenças mentais estão maioritariamente associadas a alterações estruturais e funcionais do cérebro, repercutindo-se frequentemente em alguns processos cognitivos, como a memória (Nunes, 2008).

Como defende Fonseca (2011), existe um grande esforço para compreender a transição e adaptação à aposentação/reforma, contudo é importante registar que nenhuma destas abordagens consegue explicar na totalidade esta transição.

Por conseguinte, o objectivo geral deste trabalho está relacionado com a pergunta de partida: **“De que modo é que as vivências da reforma estão relacionadas com a qualidade de vida e saúde mental dos Gerontes do Destacamento de Trânsito da Guarda Nacional Republicana em Beja?”**.

Segundo *Quivy & Campenhoudt* (2005, p.45) a pergunta de partida é realizada por forma a “expressar o mais exatamente possível aquilo que procura saber, elucidar, compreender melhor”, a qual “servirá de fio condutor da investigação”.

Para responder à pergunta de partida, elaboraram-se os objetivos: em que o geral é, “conhecer as vivências da reforma, saúde mental e qualidade de vida dos gerontes do Destacamento de Trânsito da Guarda Nacional Republicana em Beja”, e com os específicos pretende-se: “identificar as vivências da reforma”, “conhecer a saúde mental em gerontes”, “ avaliar a qualidade de vida” e ” aumentar o sentimento de utilidade e pertença à comunidade”.

Para a realização do presente estudo, utilizou-se a metodologia de investigação qualitativa e quantitativa, através do estudo de caso de carácter exploratório transversal e que teve como base a investigação-ação.

Guerra (2002:126), defende que um projeto é, não só “a expressão de um desejo, de uma vontade, de uma intenção, mas também a expressão de uma necessidade, de uma situação a que se pretende responder”. É com base nesta premissa que foi desenvolvido o trabalho de pesquisa e delineado um projeto de intervenção.

De forma a cumprir cabalmente os objetivos delineados e a responder à questão de partida formulada, a presente investigação inicia-se com uma parte concetual (Parte I – Enquadramento teórico), na qual são abordadas as temáticas do envelhecimento, saúde mental, reforma e qualidade de vida na reforma.

Posteriormente, é realizada uma parte prática (Parte II - Estudo empírico), onde é abordada a metodologia utilizada, o propósito e delimitação da problemática, os instrumentos e técnicas de recolha de dados, os procedimentos empregues e os resultados obtidos através do estudo efetuado, permitindo assim, através da concretização da investigação, compreender a realidade estudada. Por fim, na última parte (Parte III - Proposta do Projeto de Intervenção) do trabalho, apresenta-se um projeto de intervenção designado por “Ó da Guarda, pequenas reparações”, com base nos resultados obtidos. Este possibilitando uma proposta de intervenção contextualizada ao nível de reformados da GNR que constitui um ponto de partida para futuras intervenções, no sentido de visar a promoção do bem-estar deste grupo profissional em situação de reforma.



## Parte I - Enquadramento Teórico

### 1-Envelhecimento

O envelhecimento é um processo no desenvolvimento, comum a todos os seres vivos, mas que contém características diferenciadas. É um processo irreversível, em que o seu termo natural é a morte do organismo (*Fontaine, 1999*). O mesmo autor, refere também que o envelhecimento assume um processamento diferenciado que revela dados objetivos, como a diminuição da capacidade intelectual, degradação física, diminuição tendencial do funcionamento perceptivo e mnésico, entre outros, e simultaneamente, dados subjetivos, que constituem a representação que a própria pessoa faz do seu próprio envelhecimento. Estas mudanças sugerem um conjunto de movimentos na capacidade adaptativa do indivíduo, que podem resultar em ganhos, que traduzem crescimento, ou perdas, que traduzem declínio (*Fonseca, 2005*). A perda de papéis sociais e a passagem para uma vida inativa, através da reforma, colocam alterações na vida diária do idoso que podem ter repercussões negativas no processo de envelhecimento saudável (*Bortolanza, Krahl & Blasus, 2005*).

Na sociedade atual, não só as pessoas idosas são cada vez mais, como também vivem mais anos, ou seja, existe uma elevada esperança média de vida, facto que não acontecia antigamente. Com o aumento da esperança média de vida e do número de idosos, o estudo do envelhecimento torna-se imprescindível. Esta é uma questão que tem vindo a surgir nas sociedades atuais, fruto da crescente diminuição dos índices de fecundidade, em que não está garantida a renovação das gerações futuras. Este processo normalmente ocorre na transição entre a idade ativa e a reforma, evidenciando-se mais, a partir do momento em que há um afastamento do mercado de trabalho e uma separação de um período delimitado por horários, rotinas e responsabilidades, que termina de uma forma inopinada, sugerindo uma quebra nas interrelações dos indivíduos.

Passa então a existir, uma diminuição a nível da convivência diária e da obrigação de realizar determinadas tarefas, sendo este um espaço privilegiado para entrar em declínio (*Esteves, 1995*).

Ser-se idoso não é, como o foi no passado, uma situação excepcional e tende a tornar-se cada vez mais vulgar (*Rosa, 1993*). O envelhecimento é um processo universal e irreversível, repleto de mudanças e transformações causadas pelo tempo. De acordo com Lima (2010), estas transformações encontram-se ligadas à interação de fatores

internos, nomeadamente ao património genético e externos, como por exemplo, os estilos de vida (alimentação, atividade, entre outros).

O conceito de envelhecimento, na sociedade portuguesa, encontra-se frequentemente associado a uma fase específica do ciclo de vida, a idade de reforma (65 anos), sendo esta percecionada como o anúncio do início da velhice (*Squire, 2002*).

Por sua vez, Paúl e Fonseca (2005), definem o envelhecimento como uma perda de energia geneticamente determinada e condicionada ambientalmente, levando a um aumento da probabilidade de contrair doenças, de acidentes e de instabilidades.

Já Moniz (2003), afirma que o envelhecimento é um processo influenciado pelo contexto social e cultural em que a pessoa se insere. Como processo multidimensional, centra-se na interdependência entre a idade biológica, psicológica e social: a primeira está ligada ao envelhecimento orgânico e integra as mudanças no corpo associadas à passagem do tempo, em que cada órgão sofre modificações que alteram a capacitação funcional e individual; a idade psicológica relaciona-se com as competências que o indivíduo mobiliza em resposta às mudanças do ambiente e inclui, por exemplo, a inteligência, a memória e a motivação; a idade social refere-se ao papel, estatuto e hábitos do indivíduo, relativamente aos outros membros da sociedade, é fortemente determinada pela cultura e história do país e traduz indicadores de saúde familiar e social. “É de salientar que o envelhecimento humano não é só um problema demográfico, mas é sobretudo um fenómeno mais complexo que envolve aspetos socioculturais, políticos e económicos em interação dinâmica e permanente com a dimensão biológica e subjetiva dos indivíduos” (Carvalho & Dias, 2011:4).

Quer isto dizer que não se trata apenas de uma pirâmide etária mais larga no topo, a situação da atualidade é bem mais pertinente que essa realidade. Fatores socioculturais, políticos e económicos são diariamente causadores de diversos obstáculos na vida do idoso, permitindo uma diminuição do bem-estar subjetivo.

De acordo com Costa (2002), apesar de não haver uma base biológica, psicológica ou social que permita marcar ou definir o início do envelhecimento, este pode ser visto como uma diminuição das capacidades de adaptação ao meio e às agressões da vida.

Estudos mostram que torna-se crucial associar a velhice a uma fase de vida com alegria e disposição, intercalando as oportunidades relacionadas com uma vida ativa.

É importante estimular o cérebro, assim como, constantemente, desafiar o corpo e a mente.

Na sequência de um anterior conceito, o de envelhecimento saudável, surge o de “**Envelhecimento Ativo**”, que foi introduzido em 2002, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pretendendo-se que seja mais abrangente, estendendo-se para além da saúde, aos aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que com o passar do tempo vão envelhecendo (Ribeiro & Paúl, 2012).

A OMS (2005: 13) propôs o conceito de envelhecimento activo, como o “*processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento*”.

A qualidade de vida, o bem-estar, a manutenção das qualidades mentais estão directamente relacionadas com a actividade social, o convívio, o sentir-se integrado e útil na família e na comunidade (Carvalho & Dias, 2011,164). Este conceito aplica-se tanto a nível individual, como populacional. O envelhecimento ativo, de acordo com (Lopes, 2008, citado por Escoval, 2008:282), “permite às pessoas alcançarem o seu potencial de bem-estar físico, social e mental através do percurso de vida e participarem na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades (...). No fundo, uma etapa de vida com a continuação da participação ativa na sociedade e não, somente, o corpo fisicamente ativo.

Muitas das vezes, derivado aos estereótipos constantes, os idosos são considerados como fardos, ou alguém que já não “produz”. Contrariamente, evoca-se sem perceber que quanto mais velho for o indivíduo, mais ativo é o seu papel na sociedade, o que representa um potencial na mesma.

De forma a sensibilizar a sociedade para o contributo prestado pelas pessoas mais idosas, as instituições europeias, em 2012, no Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações, lançaram um conjunto de ações com o objetivo de lutar contra a exclusão social dos mais velhos, reforçando a sua participação ativa na sociedade, permitindo, assim, um envelhecimento saudável e independente.

Promove-se, assim, o Envelhecimento Ativo em três domínios: emprego, participação na sociedade e autonomia. Relativamente ao primeiro, torna-se necessário dar melhores

perspetivas de emprego aos trabalhadores com mais idade; no que concerne ao segundo, assegurar um maior reconhecimento do contributo dos idosos para a sociedade e criar condições para lhes prestar mais apoio; em relação ao terceiro domínio (a autonomia) torna-se, também, necessário desenvolver a capacidade dos mais velhos, de forma a manter a sua autonomia durante o máximo de tempo possível.

*Verdi* compôs a opera “*Falstaff*”, com cerca de oitenta anos, Miguel Ângelo efetuou os frescos da Capela Sistina já quase no fim da vida, com oitenta e nove anos. Estes factos assinalam uma heterogeneidade, em que o envelhecer não é uma fatalidade, mas sim uma época com novos aspectos da vida e combinações recolhidas pela experiência e factos vividos e partilhados anteriormente.

Em suma, a forma de envelhecer está relacionada com a forma como nos desenvolvemos e o processo de envelhecimento caracteriza-se por ser contínuo, irreversível e universal, implicando a ocorrência de várias alterações no organismo que se repercutem em dimensões diversas do desenvolvimento humano.

A noção de envelhecimento ativo refere-se à possibilidade de envelhecer com saúde e autonomia, continuando a participar plenamente na sociedade enquanto cidadão ativo. Independentemente da idade, todos podem continuar a desempenhar um papel na sociedade e a usufruir de uma boa qualidade de vida. O desafio consiste em aproveitar da melhor forma o enorme potencial que cada um conserva até ao fim da vida.

Não obstante, na sua universalidade, existem várias formas de envelhecer, associadas tanto à variabilidade das características dos indivíduos, como ao contexto sociocultural.

Neste sentido, envelhecer relaciona-se não só com as alterações biológicas e psicológicas, mas também com os padrões sociais dominantes e a forma como as sociedades perspetivam o envelhecimento.

## **1.1- Envelhecimento Biológico, Psicológico e Social**

**O envelhecimento biológico**, ou senescência, designa as transformações que ocorrem nos sistemas orgânicos e funcionais reduzindo a sua capacidade biológica de auto-regulação e, conseqüentemente, diminuindo a probabilidade de sobrevivência. A diminuição da densidade óssea, a flacidez da pele, a perda de cabelo e o surgimento de

cabelos brancos, o decréscimo da massa muscular ou a diminuição da acuidade visual ou auditiva são algumas das modificações normais do processo de envelhecimento.

Segundo, *Pankow & Solotoroff*, (2007, p. 20), o envelhecimento biológico pode ser definido como “a posição do indivíduo ao longo do seu curso de vida, de acordo com o nível de desenvolvimento ou de *deterioração do seu organismo biológico e dos seus sistemas*”. Moniz (2003), associa-o ao envelhecimento orgânico, nomeadamente a diminuição do funcionamento dos órgãos, da captação máxima de oxigénio, do débito cardíaco, da função renal e digestiva, entre outros.

Nesta vertente, o envelhecimento é encarado como o declínio progressivo e gradual do funcionamento físico do sujeito, tendo início no nascimento e prolongando-se até à morte do indivíduo, ou seja, envelhecer acarreta sempre declínios e deterioração, sendo a morte o período em que o organismo do sujeito deixa de ser capaz de manter a sua homeostasia. O envelhecimento pode ser caracterizado em termos biológicos como um processo natural, universal, progressivo, intrínseco e degenerativo.

O mesmo é dizer que do ponto de vista biológico, este pode ser encarado como um processo universal, pois ocorre em todas as pessoas (mesmo que não ocorra em todas elas do mesmo modo e em uníssono); progressivo, já que como processo, acompanha o espaço temporal e assume um carácter gradual; intrínseco ao organismo, ou seja, as perdas que ocorrem tendem a ser internas, ao nível do organismo; e degenerativo, resultado do declínio fisiológico (*Hooyman & Kiyak*, 2008).

Envelhecer acarreta sempre alterações ao nível físico, como “*mudanças na capacidade reprodutiva, nas respostas do sistema imunitário e no funcionamento cardiovascular*” (*Morgan & Kunkel*, 2007, p. 2) ou, ainda, mudanças ao nível dos sentidos, como a visão ou a audição, no sistema cardiovascular, respiratório ou urinário.

Assim, e o envelhecimento, em termos biológicos, surge como multifatorial, multiforme e assíncrono. Ou seja, o envelhecimento traz várias consequências para o sujeito e pode progredir de várias formas, dependendo de indivíduo para indivíduo. Para além disso, não segue uma lei única que o explique, isto é, o envelhecimento não actua em todos os indivíduos de modo harmónico. Enquanto nuns sujeitos as consequências do envelhecimento podem mostrar-se muito severas, noutros são praticamente ausentes, levando a pensar-se que não se pode reduzir o processo de envelhecimento à sua vertente biológica, como algo programado de forma rígida e uniforme para todos os sujeitos (*Morgan & Kunkel*, 2007).

O mesmo é dizer que o envelhecimento não se restringe às mudanças fisiológicas que ocorrem no organismo do sujeito. O envelhecimento global consiste na articulação entre mudanças biológicas, psicológicas e sociais.

**O envelhecimento psicológico** refere-se à evolução dos processos cognitivos (como a inteligência, memória, aprendizagem, criatividade) e ao desenvolvimento de competências comportamentais e emocionais que permitam à pessoa ajustar-se às modificações que ocorrem com a idade. As alterações cognitivas situam-se entre o declínio ligeiro e o moderado (como por exemplo, ao nível da velocidade perceptiva, da memória de trabalho ou da atenção complexa), havendo áreas em que o desempenho se mantém ou melhora (por exemplo, o fundo de conhecimentos ou o vocabulário). O ajustamento saudável às mudanças internas e externas impostas pelo envelhecimento depende do desenvolvimento, ao longo da vida, de um conjunto competências associadas à maturidade (por exemplo, aceitação de si e dos outros, abertura a novas experiências, compaixão, a harmonia interior, resistência à frustração, encontrar um sentido para a vida). Assim, o envelhecimento psicológico, pode ser encarado como um processo contínuo de adaptação dinâmico, ao longo da vida, no qual as pessoas e o meio se influenciam mutuamente, podendo, ser por isso visto, como *“qualquer mudança na capacidade adaptativa do organismo”* (Baltes, 1987, p. 616). Ou seja, o envelhecimento psicológico é entendido como um processo complexo, diferente de um sujeito para outro, caracterizado por ganhos e perdas. Assim, ao contrário do envelhecimento biológico, o envelhecimento psicológico não é sinónimo apenas de perdas ou de declínio, uma vez que muitas das características mentais dos sujeitos se mantêm inalteráveis com o passar do tempo. Se, por um lado, o sujeito idoso pode perder reservas de energia, por outro lado, pode ganhar capacidade para controlar experiências emocionais e assim proporcionar uma reserva de energia (Zimbardo, McDermott, Jansz & Metaal, 1995).

Quer isto dizer que as alterações físicas e neurológicas acarretadas com o envelhecimento tendem a ser mais retardadas ou potenciadas pela própria estrutura psicológica do indivíduo. Um idoso social e mentalmente activo tende a viver de forma mais satisfeita e mais adaptada do que um idoso mais apático. Associa-se, assim, ao envelhecimento biológico e psicológico o envelhecimento social.

Relativamente ao envelhecimento social, *Hernández et al.* (2000), afirma que este prende-se com os papéis que os indivíduos devem desempenhar na sociedade onde se desenvolvem.

**O envelhecimento social** encontra-se marcado pela cultura e história de cada sociedade e refere-se ao desempenho de papéis sociais ajustados às expectativas da sociedade em que a pessoa se insere. Caracteriza-se pela mudança de papéis, implicando a perda de alguns (por exemplo, o de profissional) e o ganho de outros (nomeadamente, o de avós). (*Morgan & Kunkel* (2007), definem o envelhecer socialmente como a interiorização das expectativas e dos pressupostos que rodeiam o sujeito, o que ele pode fazer, como pode fazer, e o que se espera dos sujeitos consoante a sua idade. Envelhecer socialmente é acima de tudo estar atento à mudança de papéis sociais que a sociedade de que faz parte vai atribuindo à sua faixa etária.

O envelhecimento social envolve assim a integração em categorias sociais, que por sua vez e dependendo do grupo de idades, estão sujeitas a “*expectativas sobre as quais se deverá fixar os comportamentos adequados a cada uma delas*” (*Mercader*, 1992, p. 6).

Deste modo e em jeito de síntese, o envelhecimento humano acarreta mudanças a três níveis: biológico, psicológico e social. Quanto ao envelhecimento biológico a ideia que mais ressalta é que o envelhecimento apesar de não acompanhar todos os sujeitos da mesma forma é um processo que todos os indivíduos ultrapassam e que é, sempre, acompanhado por inúmeras perdas. Por outro lado, o envelhecimento psicológico é um processo caracterizado inteiramente pelas diferenças intra-individuais, diferindo de indivíduo para indivíduo. Sempre que o sujeito opte por um estilo de vida saudável estará a optar pela minimização das mudanças que ocorrem com o passar dos anos. Do mesmo modo, o envelhecimento social está igualmente relacionado com factores extrínsecos ao organismo e varia com as normas e os valores de cada sociedade.

No entanto, é clara a ideia que os três vértices de envelhecimento humano se inter-relacionam, ou seja, um influencia os outros e vice-versa. Por exemplo, a morte do cônjuge (perda de papel social de pessoa casada), enquanto fonte de *stress*, pode originar uma situação de pioria no estado de saúde do sujeito (envelhecimento biológico), levando a que este se refugie mais em casa e deixe de contactar com outras pessoas, conduzindo a uma pioria na saúde psicológica (envelhecimento psicológico).

Desde que nasce até que morre, o sujeito envelhece constantemente a estes três níveis, sendo que este envelhecimento é marcado por transições que o indivíduo vai sofrendo ao longo do seu desenvolvimento, como por exemplo a entrada na escola, o primeiro emprego, o casamento ou a reforma.

## **1.2– Envelhecimento Demográfico**

Os estudos demográficos têm apresentado o envelhecimento populacional como um dos mais importantes fenómenos do século XXI. Aliás, se o século XX foi o século do crescimento demográfico, o século XXI será o século do envelhecimento demográfico (Nazareth, 2009). Com efeito, o progresso científico e tecnológico, a par do aumento de esperança de vida e de uma acentuada diminuição da natalidade, têm contribuído significativamente para o aumento da faixa populacional idosa. Um fenómeno que afeta, de diferentes formas, todos os países. Todavia, os desafios que se colocam à sociedade atual ultrapassam uma dimensão meramente demográfica, alargando-se às diferentes formas de organização social, cultural, económica e política.

Em Portugal, a esperança de vida tem vindo a aumentar continuamente, segundo os dados do INE (2016). No triénio 2003-2005, o número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento, era de 77,72 anos, passando para 80,41 anos no triénio 2013-2015. Nas mulheres este valor é mais elevado tendo evoluído, no mesmo período, de 80,86 para 83,23 anos. A esperança de vida à nascença dos homens, embora mais baixa, também aumentou, tendo passado de 74,35 para 77,36 anos.

Continua a acentuar-se o envelhecimento demográfico, segundo a mesma fonte, as alterações na dimensão e na composição por sexo e idade da população residente em Portugal, em consequência da descida da natalidade, do aumento da longevidade e, mais recentemente, do impacto da emigração, indiciam, para além do decréscimo populacional nos últimos anos, a continuação do envelhecimento demográfico.

Entre 2005 e 2015, através das respetivas pirâmides etárias sobrepostas, o duplo envelhecimento demográfico, a base da pirâmide apresenta um estreitamento, enquanto



o seu topo se alarga. Neste período o número de idosos (pessoas com 65 ou mais anos) aumentou 316 188, o número de jovens (pessoas com menos de 15 anos) diminui de 208 para 148 e o número de pessoas em idade ativa (com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos) também se reduziu em 278 698. Em 2005, por cada 100 jovens a residir em Portugal, residiam 109 idosos, valor que aumentou para 147 em 2015, desde 2000 que o número de idosos é superior ao de jovens.

Paúl e Fonseca (2005), dizem mesmo que em 2050, Portugal deverá ser o quarto país mais envelhecido da Europa. Tendo por base os dados dos Censos de 2011, Portugal apresenta um envelhecimento bastante acentuado, cuja população idosa representa, na pirâmide etária, aproximadamente 19,15% da mesma. Em 2050, prevê-se um aumento desta percentagem, sendo aproximadamente 35,72% de pessoas com mais de 65 anos, contra 14,4% de crianças e jovens. Foi, essencialmente, a partir da segunda metade do século XX, devido ao enorme avanço tecnológico, que o assunto do envelhecimento da população se tornou numa realidade social muito notória.

Ao processo que se traduz por um decréscimo da população jovem e um crescimento da população idosa, designa-se por envelhecimento demográfico. Constitui uma das principais características das sociedades actuais, não sendo a portuguesa uma excepção neste panorama (Rosa, 1993).

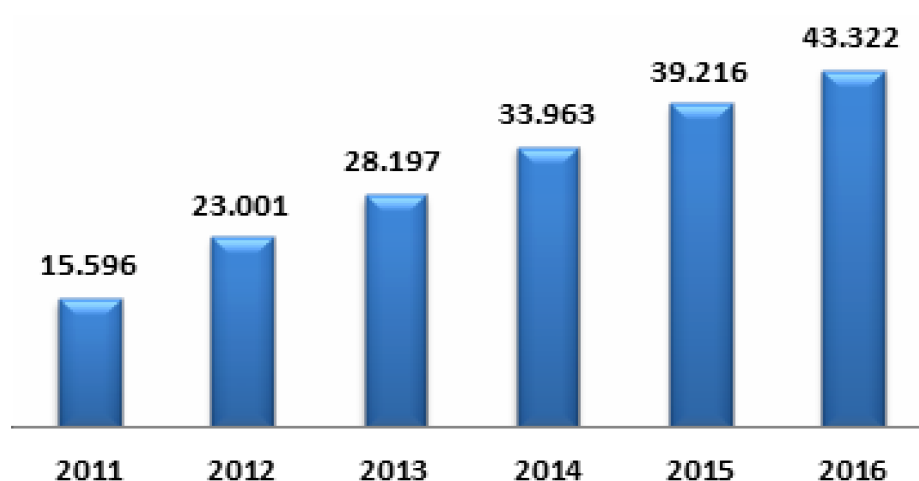
Segundo *Bortolanza, Krahel & Biasus* (2005), o crescimento significativo da população idosa é resultado da alta fecundidade ocorrida no passado, da redução da mortalidade (principalmente a infantil), dos avanços científicos da medicina e de ganhos nas práticas de saúde biopsicossocial, bem como, mais recentemente, do declínio continuado de nascimentos, em função do crescente acesso da mulher a métodos contraceptivos.

A Guarda Nacional Republicana (GNR, 2016) realizou na sua área de atuação, durante todo o mês de abril do corrente, em todo o território nacional, mais uma edição dos “Censos Sénior”, com o objetivo de sinalizar a população idosa que vive sozinha e/ou isolada, informando posteriormente as entidades competentes das situações de potencial perigo.

Durante a operação foram ainda realizadas, por parte desta Força de Segurança, ações de sensibilização para que esta população adote comportamentos de segurança que permitam reduzir o risco de se tornarem vítimas de crimes.

Desde o ano de 2011, em que foi realizada a primeira edição da Operação Censos Sénior, têm sido sinalizados mais idosos a viverem sozinhos e/ou isolados ou em situações de vulnerabilidade, conforme a seguir se indica (gráfico 1).

### Resultados do “Censos Sénior 2016”

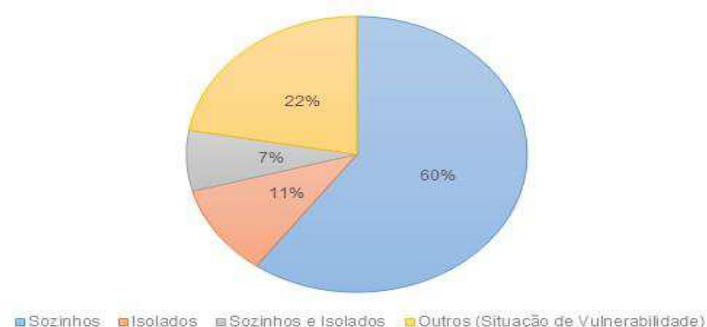


**Fonte:** *Adaptado de* Divisão de Comunicação e Relações Públicas da GNR

**Gráfico 1** - Evolução do número de idosos sinalizados a viverem sozinhos e/ou isolados ou em situações de vulnerabilidade.

Na Operação “Censos Sénior 2016” foram sinalizados 43 322 idosos, dos quais 26 000 vivem sozinhos (60%), 4 626 (11%) vivem isolados, 3 085 (7%) vivem sozinhos e isolados e 9 611 (22%) não se enquadram nas situações anteriores, mas em situação de vulnerabilidade fruto de limitações físicas e/ou psicológicas (ver gráfico 2).

## Idosos em Situação Vulnerável



**Fonte:** *Adaptado de* Divisão de Comunicação e Relações Públicas da GNR

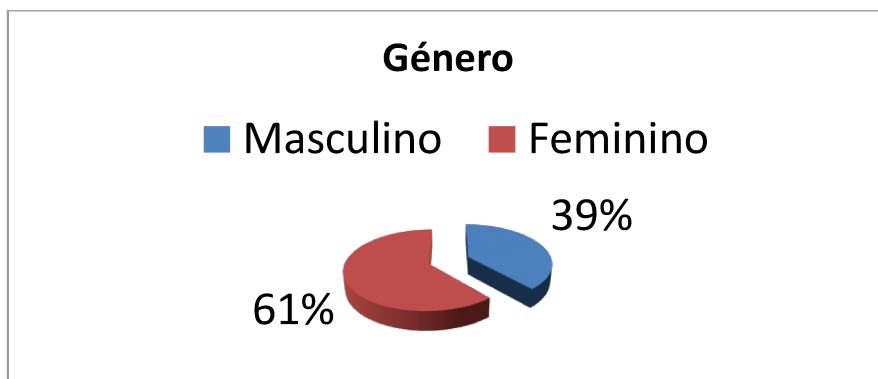
**Gráfico 2** - Situação dos idosos sinalizados

As sinalizações foram distribuídas geograficamente por distritos, comparativamente com o ano de 2015, conforme a seguir se indica na tabela 1.

Distrito	2015	2016
Aveiro	1 646	1 507
Beja	3 914	3 352
Braga	1 647	3 022
Bragança	3 092	3 125
Castelo Branco	2 165	2 362
Coimbra	1 745	1 290
Évora	2 853	2 837
Faro	1 977	3 048
Guarda	3 236	3 870
Leiria	822	1 380
Lisboa	1 225	972
Portalegre	2 829	3 052
Porto	1 109	1 134
Santarém	1 732	2 119
Setúbal	1 632	1 610
Viana do Castelo	921	1 074
Vila Real	2 916	3 455
Viseu	3 755	4 113
<b>Total</b>	<b>39 216</b>	<b>43 322</b>

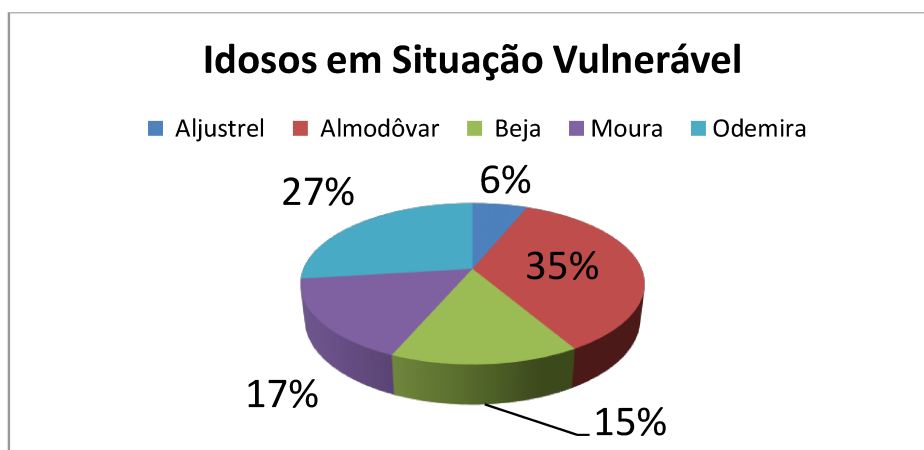
**Tabela 1** - Número de idosos sinalizados por distrito a viverem sozinhos e/ou isolados ou em situações de vulnerabilidade

Segundo a mesma fonte, e reportando-se aos dados estatísticos recolhidos sobre o distrito de Beja, com uma área total de 10.225 Km<sup>2</sup> e com uma população total de 152.758 habitantes, no decorrer da operação atrás referida, foram sinalizados 3352 idosos a viverem sozinhos e/ou em situação de isolamento, destes 2045 (61%) são do género feminino e 1307 (39%) do masculino (gráfico 3), distribuídos pelos Concelhos que compõem o distrito de Beja nas percentagens que se indicam no gráfico 4.



**Fonte:** Adaptado de Divisão de Comunicação e Relações Públicas da GNR

**Gráfico 3** – Distribuição dos Idosos em situação vulnerável no distrito de Beja, em função do género.



**Fonte:** Adaptado de Divisão de Comunicação e Relações Públicas da GNR

**Gráfico 4** – Distribuição dos Idosos em situação vulnerável, pelos Concelhos do distrito de Beja.

Em suma, através da leitura dos dados enunciados na operação Censos Sénior, levada a cabo pela GNR desde o ano de 2011, concluiu-se que o número de idosos sinalizados, a viverem sozinhos e/ou isolados ou em situações de vulnerabilidade, não parou de aumentar. É de realçar que em 2011, foram sinalizados 15596 idosos, em 2016 foram 43322, em 5 anos verificou-se um aumento de 277% desta faixa populacional idosa. Pode concluir-se, também, que nesta cinta da sociedade portuguesa verifica-se este fenómeno do envelhecimento demográfico.

Estes dados vêm reforçar a importância do estudo do envelhecimento e do cuidado ao idoso. É, portanto, necessário compreender quais são os mecanismos inerentes ao envelhecimento a fim de contribuir para uma melhor Qualidade de Vida dos idosos.

## **2 - Saúde Mental no envelhecimento**

Embora a velhice não seja sinónimo de doenças, o envelhecimento pode resultar na presença de múltiplas doenças, prejuízos e incapacidades com consequente deterioração da saúde dos idosos, sejam nos aspectos físicos e/ou mentais.

A capacidade que nós temos de prestar atenção, recordar, trabalhar a informação recebida do nosso interior e do meio exterior, deve-se à cognição. Esta permite-nos comunicar com os outros, planear as nossas intervenções, executá-las, avaliar os resultados, etc.

Ao longo da vida, toda a atividade desenvolvida, por mais simples que seja, depende da articulação das várias capacidades que a pessoa possui. Quando essas capacidades se apresentam alteradas, tal facto vai comprometer, acentuadamente, a interação com o meio que nos rodeia.

As doenças mentais estão maioritariamente associadas a alterações estruturais e funcionais do cérebro, repercutindo-se frequentemente em alguns processos cognitivos, como a memória (Nunes, 2008).

O envelhecimento é a altura da vida em que a pessoa se confronta com perdas significativas, não só de pessoas que tiveram importância para o próprio, como os familiares, o(a) companheiro(a), os amigos, mas também, com a perda da autonomia na realização das suas atividades de vida diária que surgem de forma normal (progressivamente) ou de forma patológica (abrupta ou gradual).

Envelhecer constitui uma experiência comum a todos aqueles que têm o privilégio de viverem vidas longas.

O processo de envelhecer difere de pessoa para pessoa, é marcado por diferentes modos de experimentação das vivências que o atravessam. A saúde é, para a generalidade das pessoas idosas, um aspeto fundamental quando se equaciona o respectivo bem-estar psicológico. Manter a saúde mental e a memória ativa é um desafio constante, já que nem todas as habilidades da inteligência declinam e outras são preservadas ou podem ligeiramente melhorar.

O declínio cognitivo nos idosos confina com a normalidade, por um lado, e com a demência, por outro. Ambas as fronteiras são difíceis de delimitar, o que leva a questões relevantes quanto ao diagnóstico diferencial. Estas dificuldades derivam do facto, por exemplo, das queixas de memória serem frequentes em pessoas idosas e de existir algum declínio cognitivo no envelhecimento dito normal.

A terceira idade é um período de muitas mudanças na vida de uma pessoa, aprender a lidar com essas mudanças é fundamental para que esse período flua de maneira natural e não prejudique as relações interpessoais do idoso.

## **2.1 – O Conceito de Saúde Mental**

O conceito de “saúde mental” é muito amplo e nem sempre é fácil a sua definição ou a identificação daquilo que a determina. No entanto, da mesma forma que a “saúde” não é apenas a ausência de doença, também a saúde mental é mais do que a ausência de perturbação mental. Neste sentido, é cada vez mais entendida como o produto de múltiplas e complexas interações, que incluem fatores biológicos, psicológicos e sociais. Alguns dos determinantes sociais e económicos da saúde mental, nomeadamente fatores como condições laborais e desemprego, educação, pobreza, condições de habitação, nível de urbanização, discriminação sexual e violência de género, experiências precoces e interação familiar, exclusão social e estigma, cultura e acontecimentos de vida stressantes são influenciadores da saúde mental. Desta forma, salienta-se a importância do conhecimento destes determinantes da saúde mental numa

perspetiva de Saúde Pública, e a sua relevância para a redução da carga global de doença e a melhoria da saúde mental das populações (Alves & Rodrigues, 2010).

Porém, a OMS define a saúde mental como "o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao *stress* normal da vida, trabalhar de *forma* produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere" (WHO, 2002).

A doença mental é classificada como um desvio psicológico ou comportamental das formas normais de comportamento que afeta negativamente a vida do indivíduo. Doença mental, segundo Sequeira (2006), é uma “situação patológica, em que o indivíduo apresenta distúrbios na sua organização mental.

## **2.2 – Doenças Mentais**

Neste ponto são enunciados, algumas características comuns da velhice que tendem a influenciar no surgimento dos transtornos mentais e algumas patologias associadas, nomeadamente, Alzheimer, Depressão e Esquizofrenia, expressas no Manual de Diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DMS V), da *American Psychiatric Association*, edição de 2013.

A saúde mental do idoso é um tema muito importante, em especial pela vulnerabilidade desse grupo a determinados transtornos psicológicos causados pelas alterações biológicas e sociais.

Apesar da aparente vulnerabilidade dos idosos a determinados tipos de transtornos mentais, é importante destacar que algumas práticas podem evitar ou até mesmo reverter determinados quadros de transtorno.

Existem algumas características (seja por histórico familiar, aspectos psicossociais ou grau de instrução ou comorbidade) comuns da velhice que tendem a influenciar no surgimento dos transtornos mentais, nomeadamente são:

- Perda das funções sociais;
- Perda de autonomia (financeira ou motora);
- Morte de familiares ou colegas próximos;
- Comprometimento da saúde;

- Isolamento social;
- Problemas financeiros;
- Diminuição das capacidades cognitivas;
- Transtornos mentais mais comuns em idosos;
- Demências;
- Alzheimer;
- Demência vascular;
- Esquizofrenias;
- Depressão;
- Bipolaridade;
- Delírios;
- Ansiedade;
- Utilização de álcool ou substâncias psicoativas.

No decurso do processo de envelhecimento uma patologia frequente é a doença de Alzheimer, incluída nas demências classificadas pela DMS V como “múltiplos défices cognitivos que incluem diminuição da memória” (*American Psychiatric Association*, 1996).

**A doença de Alzheimer** é, de facto, uma patologia com grande incidência na sociedade atual, com especificidades muito próprias. É uma doença neurodegenerativa, progressiva e irreversível, de aparecimento insidioso que acarreta perda da memória e diversos distúrbios cognitivos. Em termos neuropatológicos, caracteriza-se pela morte neuronal em determinadas partes do cérebro, com algumas causas ainda por determinar. “É a forma mais comum de demência nos idosos, caracterizada por deterioração progressiva da memória, linguagem e outras funções cognitivas” (Pereira & Filho, 2001, p. 303).

Todos os seres humanos podem vir a desenvolver a doença, mas sendo um problema multifatorial, o seu aparecimento pode estar dependente de alguns fatores, nomeadamente:

- A idade, na medida em que com o avançar da idade nota-se um aumento da probabilidade e prevalência da doença; com o envelhecimento progressivo da população, a tendência é para um aumento do número de pessoas com doença de Alzheimer;



- O sexo, já que existe uma maior prevalência no sexo feminino; no entanto, esta conclusão pode advir do facto de, por norma, as mulheres viverem mais tempo do que os homens;
- Fatores genéticos, ambientais e de nível educacional, apesar da causa ainda ser desconhecida, estão certamente implicados no desenvolvimento da doença; segundo Pereira e Filho (2001), a maioria dos casos é esporádica, mas cerca de 10% das pessoas com doença de Alzheimer apresentam história familiar.

Sendo uma patologia de evolução progressiva, as manifestações são inicialmente insidiosas, passando despercebidas aos familiares mais próximos. Barreto (2005) descreve **três fases na evolução da doença: inicial; avançada e terminal.**

- **Na fase inicial** verificam-se défices de memória que são normalmente os primeiros sinais, nomeadamente, a nível da memória a curto prazo.

O indivíduo é capaz de relatar detalhadamente acontecimentos passados, mas revela dificuldades na sua contextualização temporal e espacial e desorientação, no sentido em que perde a noção de tempo. Perde-se na rua, em sítios pouco familiares ou que foram alvo de modificações recentes e perde a noção do mês e do ano em que se encontra. Posteriormente, esta desorientação afeta também lugares habituais como a própria habitação.

A linguagem vai sofrendo alterações, na medida em que numa primeira fase surge afasia nominal, o discurso torna-se impreciso e o pensamento cada vez mais concreto. A capacidade de resolução vai-se deteriorando, surgindo dificuldades na realização de cálculos, confunde o dinheiro e apresenta dificuldades em tomar decisões. Subtilmente, vão surgindo alterações da personalidade, nomeadamente egocentrismo, desinibição e apatia. Perde a postura habitual, faz comentários inadequados e utiliza palavras inapropriadas. A vida social torna-se caótica, esquecendo as obrigações sociais, como por exemplo pagamentos de serviços prestados.

O autocuidado está igualmente comprometido, já que existe uma despreocupação pelo arranjo pessoal e higiene pessoal, esquecendo-se mesmo de mudar de roupa e lavar-se.

As perturbações do humor revelam-se através da ansiedade e insegurança, tornando-se geralmente pessimista, com possível depressão consequente. A apatia é progressiva, revelando desinteresse por atividades que eram habitualmente do seu agrado. Esta é uma fase em que os familiares adotam uma tolerância excessiva face aos défices cognitivos do doente.

**Nas fases mais avançadas** da doença as alterações cognitivas vão-se acentuando e acabam por levar à perda da autonomia.

- O doente apresenta apraxia (mostrando dificuldades, por exemplo, em abrir uma porta ou vestir-se, acabando por não ser capaz de o fazer), e agnosia (dificuldade em interpretar informações sensoriais, conduzindo à incapacidade em reconhecer rostos, objetos, lugares, de identificar sons e cheiros).

Com estas limitações o indivíduo não consegue identificar as pessoas que o rodeiam, sentindo-se cada vez mais ausente e ficando tudo cada vez mais estranho e confuso. A afasia aumenta e a linguagem torna-se restrita a poucas palavras, perdendo progressivamente a capacidade de comunicar verbalmente. As alucinações e as distorções percetivas são frequentes nas fases avançadas. O doente é incapaz de reconhecer a sua imagem refletida num espelho, vê objetos e pessoas estranhas dentro da sua própria habitação, acredita que está a ser observado pela televisão e não reconhece a casa onde reside, chegando a acusar os familiares de sequestro. Relativamente aos fenómenos delirantes, surgem em cerca de um terço dos doentes, sustentados por ideias como estar a ser roubado, que o cônjuge lhe é infiel e que as pessoas com quem vive planeiam algo grave contra si. Com a evolução da doença, a agitação agrava-se e o indivíduo torna-se hostil, com atitudes de agressividade, gritos e até violência, que se agravam no final do dia. A deambulação é de igual modo uma das formas da agitação. O indivíduo desloca-se continuamente pela casa sem objetivo ou motivo aparente. O ritmo de sono-vigília também está alterado. O indivíduo passa longos períodos acordado durante a noite, adormecendo apenas por curtos períodos. Há uma progressiva perda de autonomia, necessitando de uma terceira pessoa para a satisfação das suas necessidades.

**Na fase terminal do processo** demencial a inércia instala-se. O doente entra em mutismo e raramente reconhece os familiares.

- Deixa de ter reflexos de marcha, perdendo a postura ereta e permanece grande parte do tempo no leito. Há limitações a nível dos vários domínios do autocuidado, nomeadamente a nível da alimentação, da eliminação urinária e intestinal e problemas de saúde, tais como obstipação, infeções respiratórias ou urinárias e úlceras de pressão surgem ou agravam-se.

Outra patologia muito comum nos idosos é a **depressão**. Esta remonta a cerca de 1500 anos a.c. e pode ser definida como um estado clínico que perdura no tempo e no qual a pessoa se sente infeliz, preocupada, sem esperança e desanimada (Vaz Serra & Pollitt, 1975, cit por Amaral, 1997).

Segundo o mesmo autor, para além destas pessoas perderem a alegria de viver, encaram o futuro de forma sombria e sofrem disfunções significativas na identificação do quadro depressivo como as alterações do sono, do apetite, do peso, da libido e do humor.

Quando nos remetemos especificamente para a depressão no idoso, é o segundo diagnóstico psiquiátrico mais frequente nas pessoas com mais idade e estima-se que 30% a 40% dos idosos apresentem algum sintoma depressivo (Leon et al., 2003).

Para Beck, a depressão pode ser entendida como consequência das cognições e esquemas cognitivos disfuncionais do próprio. Quando o indivíduo está deprimido age como se tudo o que o rodeia estivesse pior do que realmente está. A esta abordagem, Beck designou de Teoria Cognitiva (Powell, Abreu, Oliveira, & Sudak, 2008).

Beck refere, também, que os sintomas de depressão podem ser resultado de padrões cognitivos negativos e diferenciais, desde logo, três vetores básicos para o tratamento da Promoção da Saúde Mental em Idosos Projeto de Intervenção na Depressão com base na Animação Sociocultural doença: pensamentos automáticos (interpretação da realidade), distorções cognitivas e esquemas.

Os esquemas cognitivos referem-se à forma como a pessoa interpreta as situações. Normalmente adaptativos e adequados, quando confrontados com situações específicas, os esquemas poderão alterar-se e, como consequência, deixam o indivíduo mais vulnerável ao desenvolvimento deste quadro clínico (Beck, 1979, cit por Amaral, 199).

A terceira patologia que vamos enunciar é a **esquizofrenia**. Trata-se de uma perturbação mental caracterizada por uma sintomatologia que engloba psicose, apatia, isolamento social e alterações cognitivas que resultam em dificuldades no funcionamento a nível laboral, académico, familiar, social e de lazer, do autocuidado e na independência do indivíduo (*Mueser & McGurk, 2004*).

Na sua etiologia parece existir uma correlação entre fatores genéticos e ambientais (*Mueser & McGurk, 2004*). As taxas de incidência relativas à esquizofrenia são superiores entre parentes, em comparação à população em geral, tendo sido identificados sete genes associados a esta perturbação (*Harrison & Owen, 2003*).

Por outro lado, os fatores ambientais incluem fatores biológicos e psicossociais, como por exemplo infeções durante a gravidez e níveis socioeconómicos baixos (*Bruce, Takeuchi, & Leaf, 1991*, citados por *Mueser & McGurk, 2004*). Geralmente a doença tem o seu início entre as idades de 16 e 30 anos, e não tão frequentemente após os 45 anos (*National Institute of Mental Health, 2009*).

A fase inicial de manifestação da perturbação é denominada de período prodrómico e caracteriza-se por algum nível de deterioração no funcionamento pessoal que inclui dificuldades ao nível da memória, concentração, comunicação, afetividade, coexistindo com ideias bizarras, experiências percetivas, pobre higiene pessoal, e reduzida motivação e interesse nas atividades de vida diárias (*National Collaborating Centre For Mental Health, 2010*).

Comummente, após a sua primeira manifestação, a perturbação progride gradualmente durante uma média de cinco anos, surgindo sintomas depressivos e sintomas negativos, sucedendo-se rapidamente por dificuldades cognitivas e sociais e, culminando, finalmente, no aparecimento de sintomas positivos (*Mueser & McGurk, 2004*). Contudo é importante referir que a progressão da doença pode variar consideravelmente de indivíduo para indivíduo (*National Collaborating Centre For Mental Health, 2010*).

### **2.3 - Promoção da Saúde Mental no envelhecimento**

Através do estudo “The Global Burden of Disease” constatou-se que na Europa as perturbações psiquiátricas eram responsáveis por 40% dos anos vividos com incapacidade, destacando-se claramente entre as dez principais causas gerais de

incapacidade (depressão, alcoolismo, esquizofrenia e doença bipolar). De acordo com a última revisão publicada deste estudo (2010), as perturbações depressivas eram já a 3ª causa de carga global de doença (1ª nos países desenvolvidos), estando previsto que passem a ser a 1ª causa a nível mundial em 2030, com agravamento plausível das taxas correlatas de suicídio e para suicídio.

A promoção da saúde mental no envelhecimento, **ao nível do cenário internacional**, obedece a um conjunto de políticas públicas inseridas no Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento (PIAE), aprovado em Madrid, pelos países membros da Organização das Nações Unidas (*WHO*, 2002), que estabelece direções e medidas prioritárias para promover uma velhice saudável.

Nesse documento, constam alternativas de como inserir o envelhecimento na agenda do desenvolvimento do século XXI, tendo em vista que as ações de prevenção, promoção e assistência têm priorizado o público materno infantil e jovem. A declaração política estabelecida pelo PIAE, composta de 19 artigos, recomenda medidas relevantes para modificação desse cenário, tais como:

- Reconhecimento da transformação demográfica mundial;
- Celebração do aumento da expectativa de vida em todo mundo como uma grande conquista da humanidade;
- Comprometimento das autoridades governamentais em eliminar a discriminação por motivos de idade;
- Reconhecer que o indivíduo, à medida que envelhece, deve usufruir de uma vida com saúde, segurança e participar de forma ativa na vida económica, social, cultural e política da sociedade;
- Reconhecer a dignidade da pessoa idosa e combater as formas de abandono, abuso e violência.

Em relação à saúde mental da pessoa idosa, esse plano de ação prevê a aplicação de estratégias que favoreçam a prevenção de transtornos mentais, a descoberta precoce, o tratamento dessas doenças, com inclusão de procedimentos de diagnósticos, medicação adequada, psicoterapia e capacitação de profissionais e demais pessoas que atendam esse público. Além disso, está prevista a elaboração de ações que eduquem e conscientizem a população para o alcance de uma velhice com saúde física e mental, bem como o fortalecimento de uma rede de cuidados e apoio aos idosos com o envolvimento da família, voluntários e comunidade. Destaca-se, ainda, nesse plano de

ação, a importância de realizar pesquisas, baseadas em evidências e indicadores confiáveis, sobre questões relacionadas com a idade, como instrumento útil para a formulação de políticas relativas ao envelhecimento.

**Ao nível do cenário nacional**, o reconhecimento desta situação levou à criação em 2006, da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, responsável pela elaboração de um novo plano nacional de saúde mental (PNSM).

Incumbe ao Alto Comissariado da Saúde a coordenação e o acompanhamento da execução do Plano Nacional de Saúde Mental (Despacho n.º 10464/2008).

Segundo o preceituado no n.º 6 do Despacho n.º 10464/2008, ao Coordenador Nacional do PNSM, nos termos previstos no Plano Nacional de Saúde Mental, compete promover, implementar e dinamizar:

- a) O estudo permanente da situação da saúde mental da população portuguesa, no que respeita aos principais indicadores de morbilidade e de utilização dos serviços;*
- b) Programas de promoção do bem-estar e da saúde mental da população e da prevenção, tratamento e reabilitação das doenças mentais;*
- c) A organização de serviços de saúde mental de adultos;*
- d) A organização dos serviços de saúde mental da infância e adolescência;*
- e) A articulação dos cuidados psiquiátricos com os cuidados de saúde primários;*
- f) A articulação com a Rede de Cuidados Continuados Integrados;*
- g) A participação dos utentes e dos cuidadores na reabilitação e integração social das pessoas que sofrem de problemas mentais graves.*

O PNSM tem como objetivos, assegurar o acesso a serviços de saúde mental de qualidade; promover e proteger os direitos dos doentes; reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações; promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir um melhor acesso e a participação das comunidades, utentes e famílias; promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, quer a nível dos cuidados primários, quer dos hospitais e dos cuidados continuados, de modo a diminuir a institucionalização dos doentes.

### **3 – Reforma**

O envelhecimento surge de forma normal e natural, a vida laboral chega ao fim e inicia-se a entrada na reforma. No mundo ocidental a passagem à reforma é, por si só, frequentemente, perspectivada e vivenciada como um sinónimo de chegada ao início do envelhecimento.

Na atualidade, praticamente todas as pessoas assumem a expectativa de que após trabalharem um período específico de tempo, se reformam. A reforma é, pois, um aspeto chave da vida moderna e largamente tido como garantido. No entanto, o sistema de pensões e o processo de aposentadoria é um acontecimento do ciclo de vida relativamente recente no mundo industrializado.

Do ponto de vista histórico, só a partir da segunda metade do século XX, se tornou possível para os trabalhadores mais velhos não só aposentarem-se, como fazê-lo em idades obrigatórias específicas. Deste modo, a reforma como um período diferenciado da vida humana deriva dos sistemas de segurança social que providenciam rendimentos adequados para os idosos, permitindo que estes se retirem do mercado de trabalho.

A velhice e a reforma passaram a representar duas realidades distintas (a idade de ser velho surge agora mais tarde que a idade da reforma), o que põe em causa a legitimidade da reforma, face à velhice e os pressupostos da solidariedade social e dos contratos interrelacionais, nos quais se basearam (Fernandes, 2008).

Esta perturbação dos sistemas de Segurança Social, em termos, não só, da sustentabilidade, mas também do ponto de vista da própria legitimidade dos contratos sociais e dos princípios da cidadania social (Mendes, 2011), promete, em Portugal, dadas as projeções em termos do envelhecimento demográfico, e da acentuada diminuição do número de contribuintes ativos, ser um desafio social, cuja resolução implicará o aparecimento de novas estratégias e políticas sociais, adequadas às características socioculturais do nosso país. Entre as quais está o aumento da idade estabelecida para a entrada na reforma, que se estima chegar, dentro de alguns anos aos 70 anos de idade (Mendes, 2011).

### 3.1 - O conceito de Reforma

O conceito de reforma começou por ser considerado um direito a um tempo de descanso completamente liberto do trabalho, uma compensação por um longo período de trabalho e de contribuições obrigatórias (Fernandes, 1997).

O Instituto Nacional de Estatística (I.N.E.) enuncia o conceito de reformado, como sendo: *«O Indivíduo que, tendo cessado o exercício de uma profissão, por decurso de tempo regulamentar, por limite de idade, por incapacidade ou por razões disciplinares, beneficia de uma pensão de reforma»*.

No Glossário da Caixa Geral de Aposentações (C.G.A.), encontramos a definição: *«é o utente que adquiriu o direito a uma pensão, na qualidade de militar ou equiparado, atribuída pela Caixa Geral de Aposentações, em função do tempo de serviço contado para esse efeito ou de situação equiparada»*

*Bismark*, no final do século XIX, na Alemanha, propôs o conceito de reforma como representar a cessação do trabalho com um determinado vencimento, garantindo, assim, a sobrevivência dos trabalhadores que passavam dos 65 anos. Podemos considerá-la um marco no ciclo de vida de cada indivíduo, e que vai ser vivido dependendo de como cada um o encara (Vieira, 2004).

*Ekerdt* (2000) discrimina os três principais critérios usados para definir um indivíduo como reformado: a redução da participação no trabalho laboral, o recebimento de pensões a partir de fontes públicas ou privadas e a auto-perceção do indivíduo como reformado.

De forma mais abrangente, *Cavanaugh* (1997) entende a reforma como um processo, como um paradoxo e como uma mudança. Quanto ao processo, este refere-se ao facto de a reforma se encontrar para além do instante em que se abandona a vida laboral, estando o seu início marcado pelo momento em o indivíduo pensa e elabora como deveria ser a sua vida depois da atividade profissional ativa; por paradoxo entende-se a constatação de que, apesar de a reforma envolver a perda de estatuto e ingressos salariais, o que faria supor um reflexo considerável ao nível da adaptação, os estudos científicos demonstram que a maioria dos reformados se sente satisfeita com a sua condição de vida; por último, a reforma como mudança assume que a passagem à reforma é um acontecimento marcante na vida do indivíduo pela imposição de mudanças que forcem a adaptação a uma nova condição de vida, tarefa que se encontra facilitada, uma vez que os reformados já experienciaram outras transições de vida



disruptivas, como o casamento, a transição para a parentalidade ou a saída dos filhos de casa, o que faz com que tenham adquirido estratégias adaptativas a partir de eventos anteriores.

Por vezes, o acontecimento “passagem à reforma” constitui uma grande surpresa, chega de forma súbita e inesperada (mesmo se previsível), acabando as pessoas por se verem confrontadas com uma situação que introduz alterações sensíveis nos modos de vida e gera sentimentos contraditórios.

Se, por um lado, o indivíduo vê a reforma como algo de desejável, pois ganha liberdade e controlo sobre a própria vida, por outro lado, os receios sobre o que se passará nos anos seguintes vêm à superfície e podem contribuir para que a ansiedade se instale.

Para *Richardson* (1993), estas pessoas serão aquelas que mais poderão beneficiar de um planeamento antecipado da decisão de abandonarem a vida profissional, nomeadamente, através da frequência de “programas de preparação para a reforma”, onde haja ocasião para reflectir, de forma aprofundada, algumas mudanças que a passagem à reforma e os anos subsequentes provocam.

A “passagem à reforma” surge na nossa cultura e na atualidade como um acontecimento de vida de cariz predominantemente normativo, exigindo o desempenho de novos papéis e a respectiva integração numa dada estrutura de personalidade, cuja ocorrência coincide no tempo com outros acontecimentos de vida característicos do envelhecimento (Fonseca, 2005).

Segundo o mesmo autor, este processo é de particular importância:

- Dado o papel central que a vida profissional tem na existência do indivíduo, trata-se de algo que acaba por fazer parte da própria personalidade;
- Independentemente da preparação que para ela o indivíduo tenha feito da “passagem à reforma” (como qualquer outra transição), traz consigo realidades novas, total ou pelo menos parcialmente diferente do que inicialmente esperado;
- A “passagem à reforma” é, provavelmente a transição do ciclo de vida onde a vulnerabilidade individual assume contornos mais extraordinários, quer pela falta de modelos de referência, quer pela influência de múltiplas variáveis (Hooker, 1991; citado por Fonseca, 2005).

A condição do “eu reformado” é vivida, em simultâneo, com a percepção do “eu que envelhece” e a passagem à reforma “surge como uma ocasião, particularmente relevante

para o estudo de aspectos psicológicos indicadores de um maior ou menor sucesso adaptativo individual face a este acontecimento” (Fonseca, 2005, 46).

Fonseca (2005, 68) no seu estudo, conclui que “não é possível definir um padrão único de funcionamento, seja ao nível da transição à reforma, seja relativamente à vivência da condição de “reformado”.

Esta “passagem à reforma” envolve diversas mudanças em simultâneo e, se por um lado, trazem benefícios, também implicam perdas, sobretudo em termos de rotinas, hábitos, lugares familiares e relacionamentos, provocando, muitas vezes, sentimentos ora de frustração, ora de tristeza.

Na opinião de *Kim e Moen* (2002) se, por um lado, a experiência de reforma pode promover um sentido de bem-estar, à medida que os trabalhadores se retiram de uma actividade exigente e/ou stressante, por outro lado, a passagem à reforma pode levar a uma diminuição do bem-estar, no seguimento da perda, por parte dos indivíduos, dos seus vínculos ocupacionais, da sua rede social e de um elemento essencial na sua própria identidade.

O processo de entrada na reforma, enquanto percepcionada pelo sujeito como voluntária ou involuntária surge como um dos maiores preditores no ajustamento à vida após a reforma (*Swan, Dame & Carmelli*, 1991).

Surge então a distinção entre reforma voluntária e involuntária, onde a primeira surge como por vontade própria e a segunda surge por razões alheias à vontade do indivíduo.

Os indivíduos que se reformam por vontade própria apresentam níveis positivos de satisfação com a vida, enquanto, que os que se reformaram de forma involuntária tendem a registar maiores problemas de ajustamento a esta nova fase das suas vidas.

Segundo, Fonseca (2012:78), “(...) um dos riscos mais sérios decorrentes da reforma liga-se à perda de uma função útil na vida, (...), sobretudo quando involuntária, a reforma seja vivida (...) de forma *stressante*, dando origem a uma perda de autoestima e de sentimento de controlo da própria vida”. Na realidade é que isso depende da forma como a pessoa lida com a perda de um papel na sociedade, assim como enfrenta todas as consequências dessa etapa.

Ainda segundo o mesmo autor, [Fonseca (2012:98)], “(...) a regulação do comportamento individual nos diversos domínios de promoção do desenvolvimento psicológico é caracterizada pela adoção de estratégias de *coping* que implicam, de forma mais ou menos consciente, estruturas e funções alargadas de cariz bio fisiológico,

psicológico e relacional”. Ou seja, o envelhecimento saudável, segundo traços gerais, será aquele em que a pessoa idosa se adequa de uma forma mais fácil e apropriada às diversas mudanças que vão surgindo nesta fase da vida, sendo físicas, psíquicas ou sociais. Aliás, segundo Rosa (1999), é totalmente perceptível que o período da reforma afete as relações com o “outro”, assim como as relações profissionais anteriormente estabelecidas.

Como defende Fonseca (2011), existe um grande esforço para compreender a transição e adaptação à aposentação/reforma, contudo é importante registrar que nenhuma destas abordagens consegue explicar na totalidade esta transição. Este processo é percebido de diferentes formas.

Uma das primeiras classificações alusivas à reforma de que temos conhecimento foi efetuada por Guillemard (1970), socióloga francesa que muito se tem dedicado ao estudo do envelhecimento, sobretudo no que diz respeito à vida laboral, à reforma e aos sistemas de segurança social. Ela identificou cinco tipos ou estilos pelos quais o sujeito vivencia a sua aposentação/reforma, em função do seu grau de empenhamento social:

1. Reforma-retirada: o sujeito afasta-se da sua vida social, retira-se do meio que o circunda, muitas vezes dorme em excesso e não demonstra interesse por manter novas relações e/ou atividades. Refere Fontaine (2000, pp. 155) sobre essa aposentação/reforma como uma “morte social”.
2. Reforma terceira idade: o aposentado/reformado gozam um sentimento de velhice bem-sucedida e procuram ocupar com inúmeras atividades o seu dia-adia. Buscam atividades produtivas e significativas.
3. Reforma de lazer ou família: ao chegarem à aposentação/reforma, os sujeitos centralizam suas vidas no âmbito familiar e/ou atividades desportistas, de lazer e socioculturais.
4. Reforma-reivindicação: neste tipo existe sempre um questionamento do aposentado/reformado no recusarem-se a aceitar o papel de velhos. Chegou a aposentação. E agora?
5. Reforma-participação: na realidade, o sujeito contenta-se em ficar durante muito tempo diante de uma televisão. A sua participação é passiva e sedentária, restringe a sua ligação à sociedade somente ao que capta na televisão.

*Atchley* (1996), com base nos princípios da teoria da continuidade identificou um conjunto de fases, não estanques, através das quais se analisa frequentemente o processo de "transição-adaptação" à reforma. Definiu as seguintes fases da reforma:

- Fase da pré-reforma: o indivíduo contempla a inevitabilidade ou a possibilidade de se reformar e começa a separar-se emocionalmente do seu trabalho, fantasiando acerca da sua vida futura como reformado. Para *Atchley*, a associação entre "reformado" e "velhice" e as conotações pejorativas que habitualmente andam ligadas a esta etapa da vida podem tornar esta fase que antecede a reforma particularmente difícil e até mesmo penosa. *Prentis* (1992, citado por Fonseca, 2004), por sua vez, considera que a necessidade de lidar com as tarefas adaptativas subjacentes à reforma pode suscitar receios quanto ao futuro e gerar alternativas a uma "passagem à reforma" próxima e total, que se traduzem, por exemplo (e quando tal é possível), por um afastamento progressivo e, por isso, menos doloroso, da vida profissional. Para muitas pessoas, a passagem a um regime profissional a tempo parcial, como passo transitório antes da efetiva e completa "passagem à reforma", assegura uma desejada ligação mínima ao mundo do trabalho, favorece o equilíbrio emocional e promove uma articulação com outros contextos (família, lazer, interesses extraprofissionais), dos quais o indivíduo andava distante e de que agora se pode aproximar de um modo progressivo, preparando verdadeiramente a sua inserção na condição de "reformado";
- Fase da "lua-de-mel": o indivíduo abandona a vida profissional, experimenta a condição de "reformado" e começa a procurar viver as fantasias anteriormente elaboradas, adotando basicamente uma de duas posturas - ocupação/atividade versus descanso/tranquilidade -, ou uma combinação entre elas; segundo *Atchley* (1996) é, geralmente, um período que corresponde a uma elevada satisfação de vida, uma espécie de "férias prolongadas";
- Fase do desencanto: fase caracterizada pela diminuição da satisfação experimentada na fase anterior; aqui o indivíduo descobre, por exemplo, que a jardinagem diária é menos divertida que a jardinagem de fim-de-semana, que não vai aguentar os próximos 20 anos só a ler e a ouvir música, que não tem dinheiro para passar o tempo todo a viajar, ou que passar o dia na companhia do(a) esposo(a) pode revelar-se menos gratificante do que uma relação

confinada aos finais de dia e aos fins-de-semana; o indivíduo sente-se vazio e podem ocorrer estados depressivos;

- Fase da definição de estratégias de *coping*: estudos realizados por *Atchley* (1989) demonstraram efetivamente que a satisfação com a condição de "reformado" diminui progressivamente ao longo do primeiro ano, fazendo com que ao abandono das fantasias sobre a reforma suceda uma procura realista de soluções para a ocupação do tempo disponível, que tragam consigo motivos de satisfação duradoura;
- Fase da estabilidade: o indivíduo revela capacidade para pensar e sentir a sua vida de uma forma integrada e, nessa medida, elabora e desenvolve objetivos de vida que se constituem como estratégias adaptativas eficazes, face à situação em que se encontra; algumas pessoas mantêm-se numa atitude de descanso/tranquilidade, mas a maioria procura estabelecer uma rotina de substituição da vida profissional anterior, que pode ser completamente nova ou, então ser um reforço de um padrão de vida que já coexistia com o estado anterior, mas que estava limitado aos tempos livres.

Há pessoas, contudo, que não conseguem alcançar esta estabilidade, acabando por entrar numa de duas situações que *Atchley* (1996) classifica como:

- Fase da dependência: implica passar de um estado de total autonomia (exceto nas situações em que a reforma surge por motivo de doença grave) para um estado de necessidade de ajuda, incluindo a gestão do quotidiano;
- Fase do retorno: o indivíduo cansa-se ou incompatibiliza-se mesmo com a sua condição de vida e move-se para fora do seu papel de reformado, procurando, de novo, uma ocupação de natureza profissional que lhe preencha o tempo e lhe assegure a satisfação de necessidades e de motivações que a reforma não conseguia satisfazer.

*Hornstein e Wapner* (1985), a partir de uma investigação que fizeram com vinte e quatro sujeitos, de diferentes áreas profissionais, em dois momentos de suas vidas: a um mês do início da reforma e seis/oito meses após o início da mesma. Definiram quatro estilos ou modos de adaptação à reforma:

- 1. Transição para a velhice: vivenciam a reforma como um marco inicial do envelhecimento. Os sujeitos parecem incorporar oficialmente a sua entrada na

última etapa do ciclo vital, sem demonstrarem novos interesses e/ou planos para o futuro.

- 2. Novo começo: encaram a reforma com entusiasmo e como um momento de novas oportunidades ou renovação de propósitos e objetivos.
- 3. Continuação: procuram manter ao máximo as suas atividades, em geral, sem grandes alterações no seu quotidiano.
- 4. Sentem-se grandemente afetados pela perda de papéis, demonstrando que prefeririam manter-se trabalhando, já que continuavam em condições de prosseguir suas vidas laborais.

Fonseca (2012:100) afirma que, *“para se compreender o impacto de uma transição na vida do indivíduo é necessário ter em conta, também, se estamos perante um acontecimento que toca unicamente no indivíduo, (...), ou se é um acontecimento que produz alterações na relação do indivíduo com a comunidade, (...)”*

A entrada na reforma é vista como uma das maiores transições de vida, onde interagem factores organizacionais, financeiros e familiares com elementos psicológicos, onde o sujeito passa de uma situação de vida profissional para uma situação de vida sem emprego, onde o trabalho termina e uma nova fase de vida se inicia.

A reforma é uma transição objectiva do curso de vida de um sujeito, uma vez que tende a acontecer no curso de vida de todos os indivíduos que exerceram uma atividade laboral formal, mas assume-se, igualmente, enquanto elemento de desenvolvimento subjectivo e como uma transformação psicológica e social ao nível da identidade do sujeito, das suas expectativas, preferências e significados.

Em modo de conclusão, torna-se aconselhável planificar a reforma e torná-la ativa, interiorizar que é o ponto de partida para uma nova etapa da vida em que ainda há muito para viver, abandonar hábitos de vida menos saudáveis e adoptar novas regras de vida.

*Shultz e Wang* (2011) afirmam que quando os trabalhadores decidem voluntariamente reformar-se, optam por diminuir gradualmente o seu compromisso com o trabalho, o que facilita o processo de adaptação à reforma. De acordo com os autores, após a tomada de decisão de se reformar, as atividades ligadas ao trabalho diminuem ao longo do tempo, enquanto as atividades familiares e comunitárias aumentam.

O afastamento voluntário aumenta atitudes positivas em relação à reforma, já os sujeitos cujo afastamento foi motivado por razões externas, como saúde ou cuidados a terceiros, relataram efeitos negativos na qualidade da adaptação à reforma (*Quick & Moen, 1998*).

### **3.2 - Legislação sobre a Reforma**

Neste ponto é enunciado o quadro normativo que regulamenta a pensão de reforma por velhice e a antecipação da mesma, idades e penalizações.

**A reforma antecipada**, só pode ser solicitada pelos trabalhadores que tenham 60 ou mais anos de idade e que acumulem 40 ou mais anos de descontos para a Segurança Social, segundo o preceituado no Decreto-lei nº10/2016 de 08 de março, publicado no Diário da República, 1.ª série — N.º 47 — 8 de março de 2016

Desde 1 de janeiro, 2015, tanto os funcionários públicos como os trabalhadores do setor privado passaram a poder solicitar a aposentação antecipada nas mesmas condições. Ou seja, a partir dos 55 anos de idade, desde que acumulassem nessa idade pelo menos 30 anos de contribuições para a Segurança Social. No entanto, estas regras apenas vigoraram até ao dia 8 de março de 2016, altura em que entrou em vigor o Decreto-lei nº10/2016 de 08 de março, que veio regulamentar a temática, face a diversas alterações legislativas introduzidas nos anos mais recentes. A antecipação em cinco anos da possibilidade de acesso à pensão antecipada, a partir de 1 de janeiro de 2016, representa um agravamento substancial do fator de redução das pensões dos beneficiários que passaram a poder aceder à pensão antecipada, o que, aliado ao efeito redutor do fator de sustentabilidade no cálculo das pensões, leva, na maioria dos casos, à atribuição de pensões de montante muito reduzido, o que retira às pensões a sua função social de prestações substitutivas da perda de rendimentos de trabalho por cessação da atividade profissional, cujo montante deve espelhar o esforço contributivo de toda a carreira dos beneficiários.

Com a entrada em vigor deste diploma, (Decreto-lei nº10/2016 de 08 de março) restabelecem-se as regras do regime transitório sobre as reformas antecipadas que vigoraram durante o ano de 2015.

A contribuir para esta decisão está a necessidade identificada pelo Governo de proceder à reavaliação das regras que regulamentam esta matéria e que implicam penalizações significativas no valor das pensões dos beneficiários que optam por aposentar-se antes da idade legal (que em 2016 é de 66 anos e dois meses).

As penalizações são de 0,5% por casa mês que falte para atingir a idade legal, à qual acresce o corte por via do factor de sustentabilidade. Por exemplo, quem se aposentar aos 55 anos arriscava-se a ter um corte no valor da sua pensão de velhice superior a 65%, devido às penalizações (no valor de 0,5% por cada mês que falte até à idade legal da reforma) e à aplicação do fator de sustentabilidade (que implica um corte adicional nas reformas na ordem dos 13,34%).

Assim, e em jeito de conclusão e segundo o artigo 4.º (do Decreto-Lei nº10/2016 de 08 de março), “Salvaguada de direitos” - *O direito à pensão antecipada ao abrigo do regime de flexibilização da idade de pensão de velhice é reconhecido aos beneficiários com idade igual ou superior a 55 anos e inferior a 60 anos de idade e com 30 ou mais anos civis com registo de remunerações relevantes para cálculo da pensão, que tenham apresentado requerimento de pensão antecipada até à data da entrada em vigor do presente decreto-lei, ainda que, nos termos da lei, o início da pensão tenha sido diferido para depois daquela data.*

Relativamente ao acesso à **pensão de reforma por velhice**, o diploma que regulamenta a temática é o Decreto-Lei n.º 167-E/2013 de 31 de dezembro. Define o conceito, como sendo o valor pago mensalmente, destinado a proteger os beneficiários do regime geral de Segurança Social, na situação de velhice, substituindo as remunerações de trabalho.

O mesmo diploma, refere no seu preâmbulo que a idade normal de acesso à pensão de reforma por velhice em vigor, 65 anos, será acrescida do número de meses necessários à compensação do efeito de redução no cálculo das pensões decorrente da aplicação do novo fator de sustentabilidade correspondente ao ano de 2013, tendo por referência uma taxa mensal de bonificação de 1%.

As condições de atribuição da pensão de reforma, são as constantes no nº.8 do artigo 5 do Decreto-lei 167-E/2013 de 31 de dezembro. É atribuída ao beneficiário que, à data do requerimento, tenha completado a idade normal de acesso à pensão que em 2016, é:

- ✓ 66 Anos e 2 meses e tenha até 40 anos de descontos;



- ✓ 65 Anos e 10 meses e tenha até 41 anos de descontos,
- ✓ 65 Anos e 6 meses e tenha até 42 anos de descontos;
- ✓ 65 Anos e 2 meses e tenha até 43 anos de descontos,
- ✓ 65 Anos de idade e tenha até 44 anos de descontos.

A idade da reforma avança para os 66 anos e 3 meses em 2017, tanto na Segurança Social como na Caixa Geral de Aposentações (CGA). Quem quiser reformar-se antes, tem de recorrer aos mecanismos de reforma antecipada, que, no caso da Segurança Social, voltaram a ser mais restritivos.

### **3.3 - Qualidade de vida na Reforma**

Desde 1948, altura em que a Organização Mundial de Saúde (OMS) dissociou o conceito de saúde da mera ausência de doença ou enfermidade, para nele incluir a presença de um completo estado de bem-estar físico, mental e social, que as questões relacionadas com a qualidade de vida têm vindo a adquirir uma importância crescente, quer em termos práticos, quer em termos de investigação (Canavarro, 2010).

Embora o termo qualidade de vida seja uma questão complexa e difícil de ser definida, existem autores que explicam o que ela pode significar. A Organização Mundial da Saúde, afirma que qualidade de vida é “a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e sistema de valores com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (*WHOQOL Group*, 1995, p. 1405).

Segundo Rios (1994), a Qualidade de Vida relaciona-se com o bem-estar através de dimensões como: saúde, nível de educação, situação económica, relações sociais e familiares, moradia, atividades recreativas, auto-estima, crenças religiosas, autonomia, domínio ambiental metas de vida e grau de desenvolvimento pessoal. O ser humano para obter melhor qualidade de vida, precisa que uma série de necessidades essenciais sejam supridas. Mas não pode ser reduzida somente a esse aspecto implica, além disso, como é avaliado por *Neff* (1986, p.25): “A qualidade de vida busca transcender a mera subsistência humana, satisfazendo também o conjunto de carências relativas à liberdade, ao lazer, à participação, ao afeto, à criação, ao entendimento, à identidade e à proteção”.

Pode-se então perceber que ter qualidade de vida é estar bem em todos os aspectos da vida, de forma global, sendo eles: pessoal, familiar, social e profissional.

O conceito de qualidade de vida associado ao envelhecimento é descrito pela Organização Mundial de Saúde (2002) como “um conceito amplo e subjetivo que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com aspetos importantes do meio ambiente. Neste sentido, as expetativas sobre a saúde desempenham um papel importante na satisfação dos idosos (*Wattis & Curran*, 2008) e, consequentemente, na avaliação da sua qualidade de vida.

*Jacob* (2007), ao fazer uma revisão de estudos sobre a qualidade de vida dos idosos, observou que esta depende sobretudo dos seguintes determinantes: a) possuir autonomia para executar as actividades do dia-a-dia; b) manter uma relação familiar e/ou com o exterior regular; c) ter recursos económicos suficientes; e d) realizar actividades lúdicas e recreativas constantemente.

*Fleck* (2003), realizou um estudo onde questionou os idosos sobre o que julgavam importante na determinação da qualidade de vida. Foram entrevistadas pessoas de várias idades, da comunidade, com e sem doenças. O autor constatou que os idosos distinguiram-se das outras faixas etárias, unicamente, por atribuírem menor utilidade às actividades laborais e maior importância à saúde do que os jovens.

Apesar destas conclusões, temos de ter sempre em conta que a qualidade de vida varia de pessoa para pessoa, consoante o contexto social, as experiências de vida e outros determinantes pessoais. Além disso, os idosos estão sujeitos a estas e outras circunstâncias específicas do processo de envelhecimento que podem levar a uma diminuição da qualidade de vida. Na literatura encontramos, além dos já referidos, ainda outros determinantes, nomeadamente, o estilo de vida, os apoios sociais e de saúde, a disposição, a espiritualidade, as redes sociais, o desempenho de actividades, o bem-estar físico, emocional, cognitivo e social (*Paúl e Fonseca*, 2005; *Santos*, 2008). Ou seja, a maior ou menor qualidade de vida das pessoas idosas está muito dependente do contexto e das circunstâncias em que as pessoas vivem.

### **3.4 - Exemplo do caso de passagem à Reforma na GNR**

O regime de passagem à pré-reforma (reserva) e reforma dos militares da Guarda Nacional Republicana, tem algumas particularidades, um pouco diferentes das dos restantes cidadãos, as quais passo a enunciar, com a legislação aplicável e as definições de alguns conceitos, indispensáveis para um bom entendimento, de todo o processo.

Importa, então, definir alguns conceitos pertinentes, para melhor perceber o presente capítulo.

- Tempo de Serviço Militar - Conta-se, como tempo de serviço militar, o tempo de serviço efetivo, acrescido das percentagens de aumentos legalmente estabelecidas e o tempo de permanência do militar na reserva fora da efetividade de serviço, o qual não pode exceder cinco anos. (Art.º 108.º do EMGNR);
- Tempo de Serviço Prestado ao Estado - Conta-se como tempo de serviço, no sentido de serviço prestado ao Estado, o tempo de serviço militar, acrescido do prestado no exercício de funções públicas; O tempo de serviço prestado ao Estado é contado para efeitos de cálculo da remuneração da reserva e pensão de reforma nos termos dos respetivos regimes jurídicos aplicáveis. (Art.º 107.º do EMGNR)
- Tempo de Serviço Efetivo - Conta-se como tempo de serviço efetivo o tempo de serviço prestado na Guarda ou em funções militares ou policiais fora do seu âmbito, bem como noutras situações expressamente previstas no EMGNR: Frequência de cursos de formação que habilitem o ingresso nos quadros da Guarda; Do tempo em que o militar esteve compulsivamente afastado do serviço, desde que reintegrado por revisão do respetivo processo; (Art.º 109.º do EMGNR)
- Reserva - A situação de reserva é aquela para a qual transita o militar da Guarda, verificadas que sejam as condições estabelecidas no Estatuto dos militares da GNR, mantendo-se, no entanto, disponível para o serviço: - na efetividade de serviço, ou - fora da efetividade de serviço (art.º 72.º do EMGNR);

- Condições de Passagem à Reserva - Atinja o limite de idade estabelecido para o respetivo posto; ou tenha prestado 20 ou mais anos de serviço, a requeira e esta lhe seja concedida; ou o declare, depois de completar 55 anos de idade e 36 anos de tempo de serviço; (art.º 85.º do EMGNR);
- Reforma -Os militares no ativo ou na reserva que, depois de completados os 60 anos de idade, requeiram a passagem à situação de reforma (Alínea b) do número 1 do artigo 93.º do EMGNR).

Pela Resolução do Conselho de Ministros N.º 110/2005, de 2 de junho, “*determinou o Governo que se procedesse à revisão dos regimes especiais de reforma e aposentação, que estabelecem idades de aposentação, tempos mínimos de serviço ou regimes de contagem do tempo de serviço diferentes do regime geral aplicável aos servidores do Estado. No caso das forças de segurança, e em particular da Guarda Nacional Republicana, entende-se que, tendo em conta, por um lado, a especial penosidade e o desgaste que implica o desempenho das respetivas funções e, por outro, as condições físicas necessárias ao cumprimento da missão, não se justifica a mesma elevação da idade da reforma que é efetuada para a generalidade dos servidores do Estado (para 65 anos), mantendo-se a idade, já hoje vigente, de 60 anos (...)*”.

*Todavia, verifica-se que a idade em que cessa a prestação de serviço efectivo na GNR é muito inferior à idade de 60 anos prevista na lei, dado que os militares da Guarda têm direito à passagem à reserva aos 36 anos de serviço, independentemente da idade. Como esses 36 anos de serviço são contados com um aumento de 25%, a idade em que pode cessar a prestação efectiva de serviço pode ser inferior a 50 anos. Atingidos 5 anos na reserva, os militares da GNR passam à reforma, independentemente da idade e sem qualquer redução da pensão.*

*(...)”.*

O regime de passagem à reserva e reforma na GNR encontra-se difuso por legislação muito dispersa. No final do ano passado entrou em vigor o Decreto-Lei n.º 214-F/2015 de 2 de outubro, com o intuito de clarificar a interpretação das normas constantes do regime definido no Decreto -Lei n.º 159/2005, de 20 de setembro e do artigo 285.º do Estatuto dos Militares da Guarda Nacional Republicana, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 297/2009, de 14 de outubro. Nele consta que aos militares sejam aplicáveis as condições

de transição para a situação estatutária de reserva e de reforma, do regime de reforma e do cálculo da respetiva pensão, nos mesmos termos definidos para os militares das Forças Armadas abrangidos pelo disposto no Decreto -Lei n.º 166/2005, de 23 de setembro, e no Decreto--Lei n.º 239/2006, de 22 de dezembro, acompanhando, ainda, as soluções previstas no Decreto -Lei n.º 90/2015, de 29 de maio, que aprovou o Estatuto dos Militares das Forças Armadas.

Clarifica-se, assim, que, conforme está definido para os militares das Forças Armadas, a pensão de reforma dos militares da Guarda Nacional Republicana não sofre quaisquer penalizações aplicáveis às pensões de aposentação antecipada, aplicando-se a fórmula de cálculo nos termos vigentes em 31 de dezembro de 2005.

Assim, a idade de passagem à pré-reforma (reserva) na GNR, é, segundo o preceituado no artigo “Artigo 85.º do Estatuto dos Militares da Guarda Nacional Republicana (EMGNR, 2009):

(...)

*c) O declare, depois de completar 55 anos de idade e 36 anos de serviço,*

*(...).*

*E a de passagem à situação de reforma, conforme o Artigo 93.º do mesmo diploma,*

*(...)*

*1- Transita para a situação de reforma o militar da Guarda na situação de activo ou de reserva que:*

*a) Tendo prestado cinco ou mais anos de serviço:*

*i) Seja julgado incapaz para todo serviço pela Junta Superior de Saúde;*

*ii) Seja colocado nesta situação em virtude de pena disciplinar ou criminal expulsiva;*

*iii) Opte pela sua colocação nesta situação, quando verificadas as condições estabelecidas no n.º 1 do artigo 78.º;*

*iv) Atinja os 60 anos de idade e tenha completado cinco anos na situação de reserva fora da efectividade de serviço;*

*b) A requeira, depois de completados os 60 anos de idade;*

*(....)*

As diferenças entre a situação de pré-reforma (reserva) e reforma são as mencionadas nos artigos seguintes do EMGNR:

*“Artigo 72.º Situação de reserva*

- 1- A situação de reserva é aquela para a qual transita do ativo o militar da Guarda, verificadas que sejam as condições estabelecidas no presente Estatuto, mantendo-se, no entanto, disponível para o serviço.*
- 2- O militar da Guarda na reserva pode encontrar-se na efetividade ou fora da efetividade de serviço.*
- 3- O efetivo de militares na situação de reserva não está condicionado a quantitativos globais.*

*Artigo 73.º Situação de reforma*

- 1- A situação de reforma é aquela para a qual transita o militar da Guarda, do ativo ou da reserva, verificadas as condições estabelecidas no presente Estatuto.*
- 2- O militar da Guarda na reforma não pode exercer funções no âmbito da missão e das atribuições da Guarda, salvo nas circunstâncias excecionais previstas no presente Estatuto”.*

Na prática, em ambas as situações, o militar encontra-se separado do serviço, mas, na situação de reserva (pré-reforma), pode ser chamado novamente para a efetividade de serviço, nomeadamente em situação de estado de emergência ou guerra.

## Parte II - Estudo Empírico

### 5- Metodologia

Este capítulo visa abordar a metodologia utilizada para a realização do processo de investigação, de modo a enquadrá-la sob o ponto de vista metodológico. Assim, para dar resposta à pergunta de partida, teve-se em conta os objetivos e características da metodologia.

A metodologia assume uma relevância essencial no decorrer de qualquer projeto social, tendo em conta que os resultados finais estão dependentes do procedimento, devido ao método e pela forma como foram conseguidos os resultados (Perez Serrano, 2008).

Na realização do presente trabalho foi utilizada a metodologia de investigação qualitativa e quantitativa, através do estudo de caso de carácter exploratório transversal e que teve como base a investigação-ação.

De acordo com *Fortin* (1999, p.40) o desenho da investigação é o “plano lógico elaborado e utilizado pelo investigador para obter respostas às questões de investigação”.

Segundo *Bogdan & Biklen* (1994), «a investigação-ação consiste na recolha de informações sistémicas com o objetivo de promover mudanças sociais» (p. 292). A investigação-ação é o tipo de investigação aplicada, no qual o investigador se envolve ativamente na causa da investigação.

Por forma a desenvolver maior familiaridade com o problema e explicitá-lo, o objetivo da presente investigação é exploratório. A pesquisa exploratória tem como finalidade “desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos” (Gil, 2008, p.46).

A fim de compreender a questão das vivências da reforma, saúde mental e qualidade de vida dos militares da GNR, que prestaram serviço no Destacamento de Trânsito da cidade de Beja, realizou-se um estudo de caso na citada cidade.

Com isto, abordou-se os profissionais reformados desta força de segurança, seus familiares (esposas) e o atual Comandante distrital da Instituição, para se obter dados de forma a responder à questão de partida enunciada no início da investigação. O tipo de abordagem realizada neste estudo foi a abordagem mista, uma vez que para a recolha dos dados foram utilizadas técnicas de pesquisa qualitativa e quantitativa, através de

entrevistas e questionários, respetivamente. Para *Fortin* (1999, p.22) o método quantitativo é a “colheita de dados observáveis e quantificáveis” e tem como finalidade “contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos”. O mesmo autor refere que o método qualitativo é a “compreensão absoluta e ampla do fenómeno” e a sua finalidade é “descrever e interpretar”. Desta forma, através das entrevistas e questionários, conseguem-se ter uma melhor perceção do fenómeno estudado.

Neste capítulo fez-se a abordagem dos objetivos e características da presente investigação para tornar mais compreensível o estudo realizado.

### **5.1- Propósito e delimitação da problemática**

O projeto de investigação em estudo tem como principal objetivo conhecer as vivências da reforma, saúde mental e qualidade de vida dos gerentes do Destacamento de Trânsito da Guarda Nacional Republicana em Beja.

Pretende-se identificar as vivências da reforma, conhecer a saúde mental e avaliar a qualidade de vida dos participantes. E assim perceber a necessidade ou conveniência de lhes proporcionar a oportunidade de voltarem a ter um papel mais ativo e inclusivo na comunidade Bejense, através da sua participação num projeto de âmbito comunitário, direccionado para os gerentes da cidade, visando a sua inclusão social. O projeto consiste em reparar pequenas avarias domésticas, como por exemplo: mudar uma lâmpada eléctrica, uma torneira que pinga água, uma janela/porta que abre/fecha, etc...

Um trabalho de investigação em ciências sociais, deve começar por enunciar o projeto através de uma pergunta de partida. Esta pergunta exprime o que se pretende saber, esclarecer ou perceber (*Quivy & Campenhoudt*, 1995).

Segundo *Espinoza*, 1986 citado em (*Perez Serrano*, 2008, p. 46), os objetivos gerais são: “aqueles propósitos mais amplos que definem o quadro de referência do projeto”.

Já os objetivos específicos distinguem-se por particularizar mais que os objetivos gerais, o que faz com que clarifique mais o que se ambiciona com o projeto (*Perez Serrano*, 2008).

A questão de partida da presente investigação, consiste em compreender, “De que modo é que as vivências da reforma estão relacionadas com a qualidade de vida e saúde



mental dos Gerontes do Destacamento de Trânsito da Guarda Nacional Republicana em Beja?”.

Apresenta como objetivo geral:

- Conhecer as vivências da reforma, saúde mental e qualidade de vida dos gerontes do Destacamento de Trânsito da Guarda Nacional Republicana em Beja.

E como objetivos específicos:

- Identificar as vivências da reforma;
- Conhecer a saúde mental em gerontes;
- Avaliar a qualidade de vida;
- Aumentar o sentimento de utilidade e pertença à comunidade.

## 5.2 – Instrumentos de recolha de dados

Neste ponto são enunciados e explicados os instrumentos que foram utilizados para a recolha de dados e, a quem foram dirigidos.

Para (*Perez Serrano*, 2008) a seleção dos instrumentos a usar na investigação deve ser bastante exigente e clara.

Cabe ao investigador escolher o melhor tipo de instrumento a utilizar, mediante os seus objetivos de estudo, assim como os resultados a que pretende chegar.

Os inquéritos por questionário e as entrevistas são “dados primários”, visto que são “pesquisados pelo investigador, com vista a satisfazer uma necessidade de informação presente e específica” (*Sarmento*, 2013, p.16).

Posto isto, neste estudo, como instrumentos de recolha de dados, foram utilizados: a Entrevista semiestruturada de Avaliação Neuropsicológica; os Inventários de Saúde Mental adaptado do *Mental Health Inventory* (*Ribeiro*, 2001) e o de avaliação de qualidade de vida *WHOQOL – OLD*.

Utilizou-se a **Entrevista** de modelo Semiestruturada de Avaliação Neuropsicológica, de saúde mental e bem estar em gerontes, para recolha de dados sobre os participantes/gerontes, os seus familiares (esposas) e do excelentíssimo senhor comandante distrital da GNR de Beja.

A Entrevista Semiestruturada aplicada ao senhor comandante distrital da GNR de Beja (Apêndice IV), teve como objetivo geral recolher informação institucional sobre o processo de passagem à reforma do geronte na GNR.

Neste sentido, considerou-se fundamental realizar uma anamnese aprofundada, com o intuito de obter informação sobre o seu entendimento acerca da reforma, em contexto militar, e sobre a forma como a instituição GNR prepara a passagem à reforma dos seus gerontes.

As dimensões e sub-dimensões abordadas na entrevista foram: o entendimento sobre a reforma na GNR (entendimento sobre a reforma), Processo de passagem à reforma na GNR (processo de reforma na GNR, passagem à reforma bem sucedida na GNR e preparação para a reforma), compreender a interferência do processo da reforma na saúde mental dos militares da GNR ( interferência da reforma na saúde mental) e compreender a interferência do processo da reforma na qualidade de vida dos militares da GNR ( interferência da reforma na qualidade de vida).

A Entrevista Semiestruturada aplicada aos familiares dos gerontes (Apêndice V) teve como objetivo geral recolher informação familiar sobre as vivências da reforma dos gerontes.

Para tal, considerou-se fundamental realizar uma anamnese aprofundada, com o intuito de obter informação sobre o seu entendimento sobre a reforma em contexto militar, sobre a forma como os seus familiares vivenciam as suas reformas e compreender a interferência do processo de reforma na saúde mental e qualidade de vida dos gerontes.

As dimensões e sub-dimensões abordadas na entrevista foram: o entendimento sobre a reforma na GNR (entendimento sobre a reforma, processo de reforma do seu familiar, passagem à reforma bem sucedida do seu familiar e preparação para a reforma), compreender a interferência do processo da reforma na saúde mental dos militares da GNR ( interferência da reforma na saúde mental) e compreender a interferência do processo da reforma na qualidade de vida dos militares da GNR ( interferência da reforma na qualidade de vida).

A Entrevista Semiestruturada aplicada aos gerontes (Apêndice VI) teve como objetivo geral recolher informação sobre as vivências da reforma, saúde mental e qualidade de vida dos gerontes

De forma a dar cumprimento a este objetivo considerou-se fundamental realizar uma anamnese aprofundada, com o intuito de obter informação sobre os seus dados

sociodemográficos, estado de consciência, saúde e bem estar, entendimento sobre a sua saúde, bem estar, compreender a interferência do processo de reforma na saúde mental e qualidade de vida do geronte, bem como as vivências de reformas sucedidas.

As dimensões e sub-dimensões abordadas na entrevista foram: os dados sociodemográficos e estado de consciência do entrevistado (orientação, nível pré morbido e atitude do entrevistado face à sua situação), principais queixas do entrevistado (queixas subjetivas e espontâneas), apoio social (redes de suporte social, vizinhos e familiares, isolamento social e relação de amizade), envelhecimento (envelhecimento bem sucedido), saúde mental (interferência da reforma na saúde mental), qualidade de vida (interferência da reforma na qualidade de vida) e vivências da reforma bem sucedida (e vivências da reforma bem sucedida).

Foi, também, utilizado o **Inventário de Saúde Mental** (Anexo I), adaptado do *Mental Health Inventory* (MHI) por Ribeiro (2001).

Relativamente ao inquérito por questionário, este é “um instrumento de pesquisa, que permite recolher os dados, os quais após a sua introdução numa base de dados (...) originam informações, que se consubstanciam em resultados” (Sarmiento, 2013,p.67).

O Inventário de Saúde Mental, adaptado do *Mental Health Inventory* (MHI) por Ribeiro (2001) consiste num questionário de auto-resposta, com 38 itens, que se encontram distribuídas por cinco escalas: *Ansiedade*, com dez itens; *Depressão*, com cinco itens; *Perda de Controlo Emocional/ Comportamental*, com nove itens; *Afeto Positivo*, com onze itens; *Laços Emocionais*, com três itens. Por sua vez, estas cinco subescalas agrupam-se noutras duas dimensões que medem respetivamente: o *Distress Psicológico* (resultante do agrupamento das subescalas de Ansiedade, Depressão, e Perda de Controlo Emocional/Comportamental); e o *Bem-Estar Psicológico* (obtido a partir do agrupamento das subescalas, Afeto Geral Positivo e Laços Emocionais). A resposta a cada item encontra-se organizada numa escala ordinal de 1 a 6, sendo que os itens 1 e 28 serão pontuados de 1 a 5 e os outros itens são cotados de forma invertida. A pontuação total resultará da soma dos valores brutos dos itens que compõem cada escala, sendo que os resultados totais abaixo do nível 52, apontarão para a existência de sintomatologia grave e os resultados abaixo de 60, para a existência de sintomatologia moderada. Os valores mais elevados corresponderão a um maior nível de Saúde Mental. E por fim, foi também utilizado o inventário de avaliação de qualidade de vida *WHOQOL – OLD* (Anexo II).

Este instrumento de avaliação de qualidade de vida, módulo *WHOQOL-OLD* é constituído de 24 perguntas e as suas respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5), cuja pontuação é atribuída a seis domínios, que são: “Funcionamento Sensorial” , “Autonomia”, “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” , “Participação Social” , “Morte e Morrer” e “Intimidade”. Cada uma dos domínios possui 4 perguntas; podendo as respostas oscilar de 4 a 20. Basicamente, valores altos representam uma alta qualidade de vida, valores baixos representam uma baixa qualidade de vida.

### **5.3 – Procedimentos**

Neste capítulo foram explanados os procedimentos e técnicas utilizados para a realização da investigação, a qual teve início em novembro de 2016. Salienta-se o facto dos procedimentos empregues estarem de acordo com as técnicas explicadas por *Fortin* (1999), *Sarmiento* (2003) e *Quivy & Campenhoudt* (2005), os quais são autores de referência no âmbito da metodologia de investigação e, ao consultar diferentes autores, foi possível comparar os diferentes pontos de vista e utilizar aqueles que mais se ajustavam à presente investigação.

Assim, foi necessário prestar esclarecimentos sobre o propósito da investigação aos participantes na mesma e solicitar o seu consentimento informado para que fosse autorizada a utilização dos instrumentos de recolha de dados. Todos os participantes no projeto foram previamente contactados telefonicamente, a fim de auscultar a sua disponibilidade para a realização das entrevistas, dos questionários e de os agendar.

Todos os instrumentos de recolha de dados (Entrevista Semiestruturada sobre Saúde Mental e Bem-Estar em Gerontes, inventários de Saúde Mental e do de avaliação da Qualidade de Vida) foram individuais e realizadas nas residências dos participantes, com exceção da realizada ao senhor comandante da GNR de Beja que foi efetuada no quartel da GNR. Foram efetuadas em dias diferentes, tiveram a duração média de aproximadamente 1 hora por sessão, num total de 3 sessões e com um espaçamento de uma semana entre cada teste. A sua aplicação foi conduzida num contexto que salvaguardou a privacidade dos participantes. Posteriormente, procedeu-se à transcrição das entrevistas (Apêndice IX), seguida de uma leitura e análise cuidadosas.

Foi solicitado aos mesmos que respondessem de forma o mais sincera possível, garantindo-lhes o anonimato e a confidencialidade das respostas obtidas. Os

procedimentos na condução das entrevistas exigiram algumas considerações, nomeadamente: o encorajamento à interação verbal, o reforço de que todas as respostas seriam válidas e que não existiam respostas certas ou erradas, a formulação de questões simples, repetindo ou clarificando, para assegurar que o entrevistado compreendia o que lhe era indagado.

Na aplicação dos inventários de Saúde Mental e do de avaliação da Qualidade de Vida, apesar de serem questionários de auto-resposta, o entrevistador leu as instruções e explicou o seu modo de preenchimento aos participantes, informando-os de que o período de referência das respostas é relativo ao período das últimas duas semanas.

#### **5.4 - Técnicas de recolha de dados, Pesquisa documental, Observação e Entrevista**

Neste ponto são explicadas as técnicas utilizadas para a recolha e análise de dados, obtidos na elaboração da presente investigação. Assim, no decorrer do presente estudo, utilizei as técnicas de investigação: pesquisa documental, entrevistas e inquéritos.

De forma a aprofundar o conhecimento na matéria a ser abordada, foi realizada uma análise documental exaustiva, complementada por entrevistas e inquéritos por questionário.

Iniciou-se o estudo, fazendo uso da técnica de recolha de dados **pesquisa documental**, visando recolher o máximo de informação existente sobre a instituição Guarda Nacional Republicana, de uma forma geral, e em particular, sobre a vertente ou especialidade de Trânsito rodoviário, uma vez que foi nesta área que os participantes da investigação desempenharam funções na referida Instituição. Após a recolha de dados, foi importante fazer uma seleção daqueles que poderiam ser úteis, analisando-os e interpretando-os, de forma a construir o conhecimento suficiente e necessário sobre a Organização.

“A informação bibliográfica é crucial para a elaboração de uma tese, pois a revisão da literatura sobre o tema em estudo é baseada em vários documentos, de diversos autores, que estão em diferentes suportes” (Sarmiento, 2013, p.20).

Como afirma *Jonhson* (citado em *Bell*, 1993), “a análise documental de ficheiros e registos (...) pode revelar-se uma fonte de dados extremamente importantes” (p. 90). No entanto, segundo *Bell* (1993), “o princípio que deve orientar a análise de documentos é

o de que tudo deve ser posto em causa... Mas antes de proceder à análise documental tem de questionar rigorosamente os seus objectivos” (p. 96-97). Tendo em conta a perspetiva do autor, é necessário antes de iniciar a pesquisa documental estabelecer quais são os objetivos desta investigação.

Relativamente à **observação**, esta é uma técnica que engloba a perceção visual, auditiva, tátil e olfativa (Alder citado em *Flick*, 2005). *Peretz* (2000) acrescenta que a observação direta é uma técnica que necessita de atenção, memória, capacidade de sociabilidade e interpretação. E sustenta que “a observação direta consiste em ser testemunha dos comportamentos sociais dos indivíduos ou grupos nos próprios locais das suas atividades ou residências sem lhes alterar o seu ritmo normal”.

Segundo *Quivy & Campenhoudt*, (1995), a observação direta tem como particularidade a captação dos comportamentos, no momento em que estes acontecem, onde o investigador não necessita de documentos ou testemunhos para os comprovar, são factos observados.

No estudo, foi utilizada a técnica de observação participante, que implicou a participação e interação com os participantes, devido à necessidade de entrar em contacto com os mesmos para obter mais informações.

Esta técnica é importante na medida em que permite confirmar alguns dos dados recolhidos anteriormente. Segundo *Lacey* citado em (*Bell*, 1993, p.141), a observação participante é “a transferência do indivíduo total para uma experiência imaginativa e emocional na qual o investigador aprendeu a viver e a compreender o novo mundo”. Nesta sequência, desenvolve-se um determinado diálogo, pelo facto da observação participante não necessitar de nenhuma estrutura, é possível criar opiniões próprias sobre o que observámos. A observação “pode ser particularmente útil, e descobrir se as pessoas fazem o que dizem fazer, ou se comportam da forma como afirmam comportar-se” (*Bell*, 1993, p.141).

A **Entrevista semiestruturada** é um dos principais alicerces da investigação qualitativa, pois não existe uma imposição rígida de questões a cumprir, o que permite que o entrevistado possa “conversar” sobre o tema. Daí ser a mais adequada para o estudo em causa. Trata-se de “uma técnica que permite um acesso aos discursos dos indivíduos, tal como estes se expressam, ao não-observável: opiniões, atitudes, representações, recordações, afetos, intenções, ideais e valores, que animam uma pessoa a comportar-se de determinado modo” (Amado, 2013:211).

Como afirma (Gil, 2008, p.128), uma entrevista é uma “técnica em que o investigador se apresenta ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação”.

De acordo com *Daunais* (1992), citado in *Savoie-Zajc* (2003:280), a entrevista define-se como “ (...) uma interação, uma conversação, implica igualmente, da parte do investigador, uma atitude de escuta atenta e de receptividade em relação à mensagem reformulada”. No fundo, assume uma variedade de formas, tendo em conta que poderá ser apresentada com diversos objetivos

Segundo *Quivy & Campenhoudt* (1995), a entrevista tem como papel principal complementar as pesquisas anteriormente realizadas, a fim de detetar pormenores que o investigador não chegaria a detetar sozinho. Neste tipo de investigação, as entrevistas devem ser essencialmente abertas e flexíveis.

Desta forma, e em jeito de conclusão, com a utilização de técnicas de recolha de dados diversificadas foi possível obter múltiplas perspetivas quanto ao objeto em estudo para que, no final se consiga comparar opiniões e chegar a uma conclusão para responder à questão formulada no início da investigação.

## 5.5 - Participantes

De acordo com *Quivy & Campenhoudt* (2005, p.80) uma população é “um conjunto de elementos constituintes de um todo” e, o “subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população” (*Fortin*, 1999, p.202) constitui a amostra.

Neste estudo, o público-alvo é constituído por elementos que contém critérios de seleção, previamente definidos pelo investigador. Posto isto, trata-se de uma amostra por conveniência. Assim, a presente investigação teve como participantes (população) um total de 3 militares, todos do género masculino, com 58 (P1), 63 (P2) e 68 (P3) anos de idade, todos casados e com filhos, suas esposas (respectivamente P4, P5 e P6) e o excelentíssimo senhor comandante distrital da GNR de Beja (P7), conforme mencionado na tabela abaixo (Tabela n.º 2). Foram seleccionados por terem em comum os critérios de: residirem em Beja, de demonstrarem disponibilidade e serem reformados do Destacamento de Trânsito da GNR da mesma localidade.

**Tabela n.º 2 - Caracterização dos Participantes**

<b>Código Participante/ Grau parentesco/ Função</b>	<b>Género</b>	<b>Situação</b>	<b>Idade</b>	<b>Formação</b>	<b>Filhos</b>	<b>Netos</b>
<b>P1</b> - Participante 1	Masculino	Pré- reforma	58	9º ano	2	Não
<b>P2</b> - Participante 2	Masculino	Reforma	63	8º ano	4	4
<b>P3</b> - Participante 3	Masculino	Reforma	68	9º ano	2	3
<b>P4</b> - Esposa do P1	Feminino	Activo	52	Licenciatura	----	----
<b>P5</b> - Esposa do P2	Feminino	Reforma	60	11º ano	----	----
<b>P6</b> - Esposa do P3	Feminino	Reforma	65	6º ano	----	----
<b>P7</b> - Comandante distrital da GNR /Beja	Masculino	Activo	51	Mestrado	----	----

**Fonte:** Elaboração própria.



## **6 – Apresentação, análise e discussão de resultados**

Terminada a parte da metodologia, dos procedimentos adotados na recolha dos dados, através das técnicas enunciadas, é agora pertinente apresentar a análise e discussão dos resultados obtidos para que seja possível responder à pergunta de partida.

Neste ponto, apresentam-se os dados obtidos nos inquéritos por questionário realizados e as suas respectivas análises, bem como as das entrevistas efectuadas, que se encontram transcritas no Apêndice IX do presente trabalho.

De acordo com (Amado, 2013:299), “a questão da análise de dados é central na investigação”. A verdade é que não basta recolher os dados, é necessário, posteriormente, analisá-los e interpretá-los, pois não é possível fazer uma coisa sem a realização da outra.

Para (Bogdan & Biklen, 1994:225, citado *in* Amado, 2013:299), “a análise envolve o trabalho com os dados, a sua organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta de aspetos importantes do que deve ser apreendido e a decisão do que vai ser transmitido aos outros”.

Assim, na análise das entrevistas, utilizou-se a análise dos seus conteúdos, explorando-se cada entrevista individualmente, e, posteriormente, procedeu-se à análise global das mesmas.

Para a análise dos dados do Inventário de Saúde Mental, utilizou-se o programa informático Excel para a obtenção dos resultados totais de cada questionário e para o exame dos dados de avaliação da qualidade de vida foi efetuada a avaliação da cotação dos itens pelas dimensões.

Por conseguinte, efetuaram-se 7 entrevistas (3 entrevistas aos gerontes, 3 às suas esposas e 1 ao comandante distrital da GNR) aos participantes na investigação e 6 inquéritos por questionário aos gerontes (3 sobre saúde mental e 3 sobre qualidade de vida), os quais foram analisados exaustivamente, a fim de chegar aos resultados, para, posteriormente, se responder aos objetivos que irão dar resposta à pergunta de partida.

## **6.1- Entrevistas semiestruturada sobre saúde mental e bem-estar**

Após a aplicação das Entrevistas Semiestruturadas de Avaliação Neuropsicológica, em que os entrevistados colaboraram, conseguiu-se obter respostas a todas as perguntas. Seguidamente procedeu-se à respetiva análise de conteúdo, individual e com as respetivas esposas e geral, cujos resultados serão apresentados. E1 diz respeito aos dados do entrevistado 1, E2 ao entrevistado 2 e E3 ao entrevistado 3 (entrevistados caracterizados em Apêndice VII).

- **Entrevista ao Senhor Comandante distrital da GNR de Beja  
(Entrevistado E7/ Participante P7)**

O participante 7 (entrevistado E7) é o atual Comandante distrital da Guarda Nacional republicana, tem 51 anos de idade, conta com 32 anos de serviço e está a comandar a GNR de Beja desde o mês de março de 2013. Anteriormente prestou serviço no distrito de Portalegre, de onde é natural. É licenciado em Gestão de Empresas e Mestre em Jornalismo e Guarnição. O objetivo geral da entrevista foi recolher informação institucional sobre o processo de passagem à reforma do geronte na GNR.

Através da Entrevista Semiestruturada sobre Saúde Mental e Bem-Estar em Gerontes concluiu-se que na dimensão “qual o entendimento sobre a reforma em contexto militar” e sub-dimensão, entendimento sobre a reforma na GNR:

O senhor Comandante julga que a reforma na GNR obedece a vários pressupostos legais (idade e tempo de serviço), não é mais do que uma separação do serviço com a atribuição de uma pensão. Os aspetos mais importantes a salientar, são os constantes no Estatuto dos Militares da Guarda como a idade, tempo de serviço, requerer, atingir o limite de idade....

O que é mais preocupante neste processo, atualmente, prende-se com as indefinições normativas, as constantes alterações legais introduzidas no regime aplicável e que têm vindo a retirar direitos adquiridos, o que gera, naturalmente ansiedade e tensão nos militares. Afirma que a idade em que as pessoas se deveriam de reformar, seria aos 60 anos de idade. Ainda defende que a idade de reforma para os militares deve de ser inferior à dos restantes cidadãos, devido ao enorme desgaste físico e mental das funções.

Na dimensão processo de passagem à reforma na GNR e sub-dimensão passagem à reforma bem-sucedida na GNR, afirma que o processo de reforma na GNR é, em regra, de processamento automático, decorridos 5 anos na situação de reserva (pré-reforma) dá-se a “passagem” para a reforma. Os militares deviam reformar-se aos 60 anos de idade; a instituição não tem nenhuma influência na preparação dos seus militares para a reforma, nem os acompanha nesse processo e no pós reforma as ligações à instituição, diz “vão-se esvanecendo com o tempo”.

Para que seja feita uma reforma bem-sucedida, é crucial que o processo decorra com a máxima tranquilidade, que se desenvolvam ou mantenham atividades onde os reformados se sintam úteis à sociedade, que seja bem preparada, que mantenham uma boa atitude com a vida e que se mantenham ativos em termos sociais.

Na sub-dimensão, preparação para a reforma, afirma que os militares estão desejosos de passar à situação de reforma. No entanto, alguns militares, apresentam grande ansiedade, geralmente, decorrente de conversas entre eles, devido às dúvidas e indefinições que nos últimos tempos têm pairado sobre a matéria. Alguns têm “algum” tipo de atividade (geralmente ligada à agricultura) e será aí que irão ocupar o seu tempo livre, outros não sabem o que irão fazer. Ao nível do apoio, este vai recair, certamente, nas suas famílias.

Afirma que, ao nível da preparação das reformas, na sua esmagadora maioria, não é preparada, surge por ela própria, com o passar dos anos de serviço efectivo. A reforma, deverá ser vivida, principalmente, com paz interior, que se consegue pela consciência tranquila do dever tranquilo e acrescenta que existem pressupostos e condicionalismos de tal forma subjectivos (como financeiros, culturais...) que impedem de responder com objectividade à questão de como deve a reforma de ser preparada.

Na dimensão; interferência da reforma na saúde mental e sub-dimensão interferência da reforma na saúde mental, afirma não possuir conhecimentos ou habilitações académicas ou outros que permitam responder à questão - “De que forma a reforma interfere na saúde mental dos militares?”

Na dimensão e sub-dimensão, interferência da reforma na qualidade de vida, relativamente à questão “ De que forma a reforma interfere na qualidade de vida dos militares?”, afirma, também não possui conhecimentos suficientes para responder a esta questão, refere apenas que existe uma “triste realidade”, em que a esperança média de vida dos militares é inferior à dos demais cidadãos.

## • Participante P1

O Participante P1 (entrevistado E1), é natural do distrito de Vila Real, vive em Beja desde que casou (1986). Possui o 9º ano de escolaridade, tem 58 anos de idade, é casado com a participante P4 (E4) de 52 anos, tem 2 filhos e encontra-se na situação de pré-reforma há 4 anos, após 36 anos de serviço.

Através da Entrevista Semiestruturada sobre Saúde Mental e Bem-Estar em Gerontes concluiu-se que:

Na dimensão Estado de Consciência, sub-dimensão orientação, revela orientação espacial, temporal e diacrónica. A sub-dimensão nível pré-mórbido apresenta coerência nas respostas às questões. Na sub-dimensão da atitude do geronte face à sua situação, revela sentir-se bem; identifica o local onde está e sabe quando chegou ao mesmo; identifica o nome do médico e do entrevistador; afirma descontrolar-se com facilidade; diz conseguir realizar bem o seu trabalho habitual; não tem dificuldades específicas em realizá-lo; afirma ter uma relação regular com a sua família.

Na dimensão das principais queixas do paciente, relativamente à sub-dimensão das queixas subjetivas e espontâneas, o entrevistado admite sentir-se bem, mas refere que, às vezes, sente que alguma coisa está mal com ele, localiza as suas queixas num estado depressivo. Por vezes, sente ansiedade e dorme bem. Não sente demasiada fome, nem sede. Cuida da sua imagem pessoal, toma banho todos os dias. Sente algumas alterações no seu comportamento sexual.

E1, na dimensão apoio social, relativamente à sub-dimensão redes de suporte informal- vizinhos e familiares, expõe que se sente bem no sítio onde vive, referindo que vive ali desde que casou. Afirma-se satisfeito com as relações de vizinhança.

Na sub-dimensão isolamento social, declara que passa cerca de 8 horas sozinho por dia e que pode sempre desabafar/partilhar os seus problemas/recorrer numa situação de emergência à esposa e não costuma receber visitas.

Na sub-dimensão relação de amizade, afirma que os melhores amigos são a família; gosta de estar com a família e amigos.

As restantes dimensões e sub-dimensões, são apresentadas na tabela que a seguir se indica, e conta com as respostas/opiniões da esposa (E4) às mesmas questões.

Tabela nº.3 Análise de E1 e E4, às mesmas dimensões

<b>Entrevistado</b>	<b>Questão</b>
<b>Dimensão</b>	<b>Envelhecimento</b>
<b>Sub-dimensão</b>	<b>Envelhecimento bem sucedido,</b>
	<b>Questão 36 - O que é para si um envelhecimento bem sucedido?</b>
<b>E1</b>	<i>“Com saúde e bem estar económico”</i>
	<b>Questão 37 -O que acha que é preciso para se ter um envelhecimento bem sucedido?</b>
<b>E1</b>	<i>“Ter saúde, a família por perto e segurança económica”</i>
<b>Dimensão</b>	<b>Saúde mental</b>
<b>Sub-dimensão</b>	<b>Interferência da reforma na Saúde Mental</b>
	<b>Questão 38 - O que acha que pode fazer para promover a sua saúde mental?</b>
<b>E1</b>	<i>“Interessar-se mais pelas coisas e ter mais vida social”</i>
	<b>Questão 39 - De que forma é que acha que a reforma interfere na sua saúde mental?</b>
<b>E1</b>	Provoca-lhe ansiedade e coloca-o depressivo, a esposa ainda trabalha e não sabe como ocupar o tempo.
<b>E4</b>	<i>Ao tornar-se menos activo, “envelheceu repentinamente”. Passa muito tempo a pensar entre o que eram as expectativas e a realidade.</i>
<b>Dimensão</b>	<b>Qualidade de vida</b>
<b>Sub-dimensão</b>	<b>Interferência da reforma na qualidade de vida</b>
	<b>Questão 40 – Pensa que, após a reforma, adquiriu melhor qualidade de vida?</b>
<b>E1</b>	Diz que não adquiriu melhor qualidade de vida
<b>E4</b>	Afirma prontamente que não o vê com melhor qualidade de vida.
	<b>Questão 41 - De que forma a reforma interfere na sua qualidade de vida?</b>
<b>E1</b>	Sente-se desiludido, esperava ter mais e melhor qualidade de vida, a esposa ainda trabalha, tem demasiado de tempo livre sem saber o que fazer com ele (...)

<b>E4</b>	Tem demasiado tempo livre que não consegue “ocupar” com actividades que lhe dêem felicidade. Não coloca o tempo livre como um fator que lhe proporciona mais qualidade de vida.
<b>Questão 42. Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir?</b>	
<b>E1</b>	Afirma que não
<b>Dimensão</b>	<b>Vivências/reforma bem sucedidas</b>
<b>Sub-dimensão</b>	<b>Vivência da reforma bem sucedida</b>
<b>Questão 43 – Como foi a sua passagem à reforma?</b>	
<b>E1</b>	Sentiu-se agitado e aborrecido, devido à alteração legislativa, em relação ao tempo de serviço necessário para se reformar. “Ninguém” o conseguia informar quando se iria reformar (...)
<b>E4</b>	Foi fácil, porque arranjou sozinho alternativas, para estar ocupado. Faz parte de um grupo de pessoas, que cultivam terrenos cedidos pela Câmara Municipal de Beja. Acrescentou que o seu familiar reformou-se com a idade adequada, não preparou a sua reforma e desejava-a. “O processo deveria de ter um acompanhamento gradual, para que a pessoa continuasse a sentir-se útil para a sociedade”.
<b>Quanto à Questão 44 – Como está a ser a sua vivência da Reforma?</b>	
<b>E1</b>	Mais ou menos, não tem horários o que já é bom, mas gostava que a esposa estivesse também reformada para poder viajar.
<b>E4</b>	Deveria de haver maior reconhecimento por parte das entidades oficiais, e até de vez em quando, solicitar a formação e a experiencia dos reformados para actividades de carácter social.
<b>Questão 45 - Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir?</b>	
<b>E1</b>	Que, deveria de haver mais apoios para que os reformados continuem a sentir-se que ainda são uteis à sociedade e a remuneração deveria de ser mais elevada.

**Fonte:** Elaboração própria

Pela análise da tabela, relativamente à dimensão saúde mental E1 apresenta sintomatologia de depressão, passa muito tempo sozinho. E4, afirma que o seu marido “envelheceu repentinamente” depois de se ter reformado. Na dimensão qualidade de vida, E1 afirma não ter melhorado a sua qualidade de vida, E4 confirma. Na dimensão Vivências/reforma bem sucedidas, E1 afirma ter tido um processo de reforma agitado, E4 declara, precisamente o contrário, que foi uma passagem “fácil”. Finalmente na questão nº44, E1 diz que a sua vivência de reforma, está a decorrer “mais ou menos”, queixa-se devido ao facto da esposa não estar ainda reformada, esta (E4) afirma que o seu marido deveria de estar mais ocupado em tarefas, nomeadamente em tarefas de carácter social. Em suma, E1 apresenta carências ao nível da saúde mental e qualidade de vida.

### • Participante P2

O Participante P2 (entrevistado E2), é natural do distrito de Beja, vive em Beja desde 1974, antes viveu em Moçambique. Possui o 8º ano de escolaridade, tem 63 anos de idade, é casado com a participante P5 (E5) de 60 anos, tem 4 filhos, 4 netos e encontra-se na situação de reformado há 9 anos, após 36 anos de serviço.

Através da Entrevista Semiestruturada sobre Saúde Mental e Bem-Estar em Gerontes concluiu-se que:

Na dimensão Estado de Consciência, sub-dimensão orientação, revela orientação espacial, temporal e diacrónica. A sub-dimensão nível pré-mórbido apresenta coerência nas respostas às questões. Na sub-dimensão da atitude do geronte face à sua situação, revela sentir-se bem; identifica o local onde está e sabe quando chegou ao mesmo; identifica o nome do médico e do entrevistador; afirma não descontrolar-se com facilidade; diz conseguir realizar bem o seu trabalho habitual; não tem dificuldades específicas em realizá-lo; afirma ter uma relação boa com a sua família.

Na dimensão das principais queixas do paciente, relativamente à sub-dimensão das queixas subjetivas e espontâneas, o entrevistado admite sentir-se bem, não sente que alguma coisa esteja mal com ele, localiza as suas queixas ao nível da visão. Por vezes, sente ansiedade e dorme bem. Não sente demasia da fome, nem sede. Cuida da sua

imagem pessoal, toma banho todos os dias. Não sente alterações no seu comportamento sexual.

E2, na dimensão apoio social, relativamente à sub-dimensão redes de suporte informal- vizinhos e familiares, expõe que se sente bem no sítio onde vive, referindo que vive ali desde que regressou de Moçambique. Afirma-se satisfeito com as relações de vizinhança.

Na sub-dimensão isolamento social, declara que passa cerca de 2/3 horas sozinho por dia, e que pode sempre desabafar/partilhar os seus problemas/ recorrer numa situação de emergência à esposa. Costuma receber visitas dos familiares 2 vezes por semana.

Na sub-dimensão relação de amizade, afirma que os melhores amigos são os familiares; gosta de estar com a família e amigos.

As restantes dimensões e sub-dimensões, são apresentadas na tabela que a seguir se indica, e conta com as respostas/opiniões da esposa (E5) às mesmas questões.

Tabela nº.4 Análise de E2 e E5, às mesmas dimensões

<b>Entrevistado</b>	<b>Questão</b>
<b>Dimensão</b>	<b>Envelhecimento</b>
<b>Sub-dimensão</b>	<b>Envelhecimento bem sucedido,</b>
	<b>Questão 36 - O que é para si um envelhecimento bem sucedido?</b>
<b>E2</b>	<i>“É estar junto da família, sentir-se bem em termos de sociais e de saúde”</i>
	<b>Questão 37 -O que acha que é preciso para se ter um envelhecimento bem sucedido?</b>
<b>E2</b>	<i>“Ter saúde e desafogo financeiro para fazer face as situações da vida e poder ajudar filhos e netos”</i>
<b>Dimensão</b>	<b>Saúde mental</b>
<b>Sub-dimensão</b>	<b>Interferência da reforma na Saúde Mental</b>
	<b>Questão 38 - O que acha que pode fazer para promover a sua saúde mental?</b>



<b>E2</b>	Exercício físico e convívio com familiares e amigos
<b>Questão 39 - De que forma é que acha que a reforma interfere na sua saúde mental?</b>	
<b>E2</b>	No aspecto em que, se não se tiver nada para fazer, nem pessoas para conversar, leva a que o reformado se sinta sozinho e isso não é nada bom.
<b>E5</b>	De forma positiva, pois vê-o mais feliz, satisfeito, brincalhão... É uma pessoa muito mais descontraída!
<b>Dimensão</b>	<b>Qualidade de vida</b>
<b>Sub-dimensão</b>	<b>Interferência da reforma na qualidade de vida</b>
<b>Questão 40 – Pensa que, após a reforma, adquiriu melhor qualidade de vida?</b>	
<b>E2</b>	Sim...
<b>E5</b>	É um facto, como não tem obrigações a cumprir, levanta-se quando quer e deita-se quando quer. Também viaja muito a Lisboa e Coimbra.
<b>Questão 41 - De que forma a reforma interfere na sua qualidade de vida?</b>	
<b>E2</b>	Permite ter mais tempo livre para fazer o que lhe apetecer, sem grandes obrigações, portanto interfere de forma muito positiva...
<b>E5</b>	Interfere de forma positiva, não trabalha à noite (nem de dia) passa mais tempo com as pessoas que gosta (filhos e netos) e que gostam dele.
<b>Questão 42. Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir?</b>	
<b>E2</b>	Afirma que não
<b>Dimensão</b>	<b>Vivências/reforma bem sucedidas</b>
<b>Sub-dimensão</b>	<b>Vivência da reforma bem sucedida</b>
<b>Questão 43 – Como foi a sua passagem à reforma?</b>	
<b>E2</b>	Foi desejada, após uma vida de trabalho, finalmente o descanso merecido! Foi uma passagem que chegou de forma desejada, pois atingiu a idade necessária.

<b>E5</b>	<i>“Decorreu de forma pacífica, não o viu muito agitado nessa altura. Desejava-a muito, pois sentia-se muito cansado física e psicologicamente, não a preparou, limitou-se a esperar por ela”</i>
<b>Quanto à Questão 44 – Como está a ser a sua vivência da Reforma?</b>	
<b>E2</b>	Está a ser muito boa, com muita saúde, tem aproveitado para se dedicar mais à família, actividade de lazer, estar com os amigos e viajar.
<b>E5</b>	<i>“Mais ou menos, sente-se útil e necessário à sua família e amigos, mas deveria de ter uma reforma maior em termos financeiros. Deveria de ter pensado no que fazer depois de se reformar, continua a ser uma pessoa muito válida... A cidade deveria de ter actividades para os reformados”</i>
<b>Questão 45 - Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir?</b>	
<b>E2</b>	Afirma que não.

**Fonte:** Elaboração própria

Pela análise da tabela, relativamente à dimensão saúde mental E2 afirma promover a sua saúde mental através do exercício físico e convívio social, dando muita importância a estes aspetos. E4, afirma que o seu marido é uma pessoa muito mais descontraída e feliz. Na dimensão qualidade de vida, E2 afirma ter melhorado a sua qualidade de vida, E5 confirma até pelo facto de não ter de cumprir com horários. Na dimensão Vivências/reforma bem sucedidas, E2 afirma ter tido um processo de reforma “normal e desejado, E5 confirma e acrescenta que o seu marido não preparou a reforma. Na questão nº44, E2 diz que a sua vivência de reforma, está a decorrer muito bem, tem-se dedicado à família e amigos, E5 afirma que o seu marido deveria de ter planeado melhor a sua reforma, pois considera-o uma pessoa muito válida, e queixa-se que a cidade de Beja, deveria de ter mais atividades direccionadas para os reformados.

### • Participante P3

O Participante P3 (entrevistado E3), é natural do distrito de Beja, vive em Beja desde 1974, antes viveu em Santana da Serra, possui o 9º ano de escolaridade, tem 68 anos de

idade, é casado com a participante P6 (E6) de 60 anos, tem 2 filhos, 3 netos e encontra-se na situação de reformado há 14 anos, após 36 anos de serviço.

Através da Entrevista Semiestruturada sobre Saúde Mental e Bem-Estar em Gerontes concluiu-se que:

Na dimensão Estado de Consciência, sub-dimensão orientação, revela orientação espacial, temporal e diacrónica. A sub-dimensão nível pré-mórbido apresenta coerência nas respostas às questões. Na sub-dimensão da atitude do geronte face à sua situação, revela sentir-se bem; identifica o local onde está e sabe quando chegou ao mesmo; identifica o nome do médico e do entrevistador; afirma não descontrolar-se com facilidade; diz conseguir realizar bem o seu trabalho habitual; não tem dificuldades específicas em realizá-lo; afirma ter uma relação boa com a sua família

Na dimensão das principais queixas do paciente, relativamente à sub-dimensão das queixas subjetivas e espontâneas, o entrevistado admite sentir-se bem, sente que leva algum tempo a reconhecer as pessoas, localiza as suas queixas ao nível da memória. Por vezes, sente ansiedade e o seu sono, por vezes, tem sobressaltos. Não sente demasiada fome, nem sede. Admite que, nem sempre, cuida bem a sua imagem pessoal, toma banho 6 vezes por semana e não sente alterações no seu comportamento sexual.

E5, na dimensão apoio social, relativamente à sub-dimensão redes de suporte informal- vizinhos e familiares, expõe que se sente bem no sítio onde vive, referindo, que vive ali desde que casou, antes vivia em Santana da Serra. Afirma-se e satisfeito com as relações de vizinhança.

Na sub-dimensão isolamento social, declara que passa cerca de 3/4 horas sozinho por dia e que não tem ninguém com quem possa desabafar/partilhar os seus problemas/ recorrer numa situação de emergência, costuma receber visitas dos familiares, amigos e conhecidos 3 a 4 vezes por semana.

Na sub-dimensão relação de amizade, afirma que os melhores amigos são os filhos e netos; gosta de estar com a família e amigos.

As restantes dimensões e sub-dimensões, são apresentadas na tabela que a seguir se indica, e conta com as respostas/opiniões da esposa (E6) às mesmas questões.

Tabela nº.5 Análise de E3 e E6, às mesmas dimensões

<b>Entrevistado</b>	<b>Questão</b>
<b>Dimensão</b>	<b>Envelhecimento</b>
<b>Sub-dimensão</b>	<b>Envelhecimento bem sucedido,</b>
	<b>Questão 36 - O que é para si um envelhecimento bem sucedido?</b>
<b>E3</b>	<i>“Em primeiro lugar é ter saúde e depois é ir fazendo aquilo que gostamos de fazer”</i>
	<b>Questão 37 -O que acha que é preciso para se ter um envelhecimento bem sucedido?</b>
<b>E3</b>	<i>“Mais uma vez, ter saúde, estar rodeado por aqueles que gostamos, filhos, netos e demais família e ir fazendo qualquer “coisa”, não estar sem fazer nada. Não fazer nada enferruja o corpo”.</i>
<b>Dimensão</b>	<b>Saúde mental</b>
<b>Sub-dimensão</b>	<b>Interferência da reforma na Saúde Mental</b>
	<b>Questão 38 - O que acha que pode fazer para promover a sua saúde mental?</b>
<b>E3</b>	Continuar a estar ocupado com as tarefas que continuar a desempenhar e continuar a contar com a companhia e apoio da família.
	<b>Questão 39 - De que forma é que acha que a reforma interfere na sua saúde mental?</b>
<b>E3</b>	De forma positiva, como permite ter mais tempo livre, permite que ande menos agitado e mais bem disposto.
<b>E6</b>	<i>“Se a pessoa não se mantém ocupado e a socializar, começa a isolar-se a ficar sozinho, é meio caminho para entrar em depressão. É muito importante ocupar-se com qualquer coisa. E ele felizmente mantém-se muito ativo na vida!”</i>
<b>Dimensão</b>	<b>Qualidade de vida</b>
<b>Sub-dimensão</b>	<b>Interferência da reforma na qualidade de vida</b>
	<b>Questão 40 – Pensa que, após a reforma, adquiriu melhor qualidade de vida?</b>
<b>E3</b>	<i>“Sim, sem qualquer dúvida sim” ...</i>

E6	<i>“Sem dúvida, passou a ser uma pessoa mais descontraída, bem-disposta, deixou de ter horários, passou a estar todas as noites em casa, até em termos de saúde melhorou bastante...”</i>
E6	
	<b>Questão 41 - De que forma a reforma interfere na sua qualidade de vida?</b>
E3	De forma positiva, permite ter tempo para estar com os amigos, ir à caça e à pesca, o que lhe provoca uma enorme satisfação.
E6	<i>Principalmente por lhe proporcionar mais tempo livre, para fazer o que quiser, como por exemplo “brincar” com os netos....</i>
	<b>Questão 42. Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir?</b>
E3	<i>“Por estar reformado, não mudou a sua forma de estar na vida, ajuda sempre que pode as outras pessoas”.</i>
E6	Que a GNR deveria de ter mais iniciativas para juntar os seus reformados.
<b>Dimensão</b>	<b>Vivências/reforma bem sucedidas</b>
<b>Sub-dimensão</b>	<b>Vivência da reforma bem sucedida</b>
	<b>Questão 43 – Como foi a sua passagem à reforma?</b>
E3	Foi mais ou menos serena, diz que estava desejoso de se dedicar à agricultura, o que o agitou um pouco.
E6	<i>“Decorreu de uma forma muito tranquila, ele antes trabalhava na GNR e na agricultura, depois de se reformar dedicou-se mais à agricultura. Gosta muito da agricultura preparou a sua reforma em função dessa atividade e da família também, claro!”</i>
	<b>Quanto à Questão 44 – Como está a ser a sua vivência da Reforma?</b>
E3	Refere que tem o tempo muito ocupado, para além da agricultura, caça e pesca, recentemente aceitou o cargo de Tesoureiro na associação de caçadores e pescadores das Neves, sente que ainda é muito “preciso”.
E6	<i>Foi uma “coisa” muito boa que lhe aconteceu, estava desejoso de se reformar, porque estava também desejoso de se dedicar “à sua agricultura”, à pesca, à caça.... Ficou muito feliz, não teve receio nenhum em se reformar, é uma pessoa com muitas atividade e. esperava e teve sempre o apoio da família.</i>

Questão 45 - <b>Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir?</b>	
<b>E3</b>	<i>Diz que “o trabalho não mata ninguém”...</i>

**Fonte:** Elaboração própria

Pela análise da tabela, relativamente à dimensão saúde mental E3 afirma promover a sua saúde mental através das tarefas que continua a realizar e na companhia da família. E6, afirma que o seu marido é uma pessoa saudável e que se mantém muito ativo. Na dimensão qualidade de vida, E3 afirma ter melhorado a sua qualidade de vida, E6 confirma até pelo facto de não ter de cumprir com horários, tornou-se mais descontraído. Na dimensão Vivências/reforma bem sucedidas, E3 afirma ter tido um processo de reforma um pouco agitado, pois queria dedicar-se mais a outra atividade. E6 confirma e acrescenta que o seu marido preparou a sua reforma em função de outra atividade que desenvolve com regularidade (agricultura). Na questão nº44, E3 diz que a sua vivência de reforma, está a decorrer muito bem, mantém-se muito ocupado, com várias atividades, E6 afirma que o seu marido está muito feliz por se sentir necessário e muito ativo. E3 termina a sua entrevista a afirmar “*o trabalho não mata ninguém*”...

➤ **Análise de conteúdo geral das entrevistas E1, E2 e E3**

**Tabela n.º 6 - Análise geral das Entrevistas de Avaliação Neuropsicológica**

<b>DIMENSÃO</b>	<b>SUB-DIMENSÃO</b>	<b>ANÁLISE GLOBAL</b>
<b>Recolher dados sociodemográficos e Estado de consciência</b>	<b>Orientação</b>	- Revelam orientação espacial, temporal e diacrónica (E1, E2 e E3)
	<b>Nível pré-mórbido</b>	- Responderam às questões (E1, E2 e E3)
	<b>Atitude do geronte face à sua situação</b>	- Revelam boa atitude (E1, E2 e E3); - Descontrola-se com facilidade (E1)
<b>Principais queixas do paciente</b>	<b>Queixas subjetivas e espontâneas</b>	- Sente-se depressivo (E1); - Perda de visão normal na idade (E2); - Perda de memória a curto prazo (E3); - Sentem ansiedade (E1, E2 e E3)
<b>Apoio social</b>	<b>Redes de suporte informal – vizinhos e familiares</b>	- Sente-se bem no sítio onde vive e mantém uma boa relação de vizinhança (E1, E2 e E3) - Vive com o cônjuge (E1, E2 e E3)
	<b>Isolamento social</b>	- Passa muitas horas sozinho (E1); - Passa poucas horas sozinho (E2, E3); - Não tem suporte social (E1); - Tem suporte social (E2, E3).
	<b>Relações de amizade</b>	- Familiares e amigos (E1, E2, e E3)
<b>Envelhecimento</b>	<b>Envelhecimento Bem sucedido</b>	- Ter saúde (E1, E2 e E3); - Bem-estar económico (E1, E2); - Junto da família (E1, E2 e E3); - Não estar sem fazer nada (E2, E3). - Ter actividades sociais (E1); - Estar com a família e amigos (E2, E3)
<b>Saúde Mental</b>	<b>Interferência da reforma na saúde mental</b>	- Forma positiva, adquiriu melhor saúde mental (E2 e E3); - Ter mais tempo livre (E3); - Mais bem-disposto, menos agitado (E3); - Praticar exercício físico (E2); - Forma negativa, adquiriu pior saúde mental, provoca depressão (E1); - Estar desocupado, prova-lhe ansiedade (E1)
<b>Qualidade de vida</b>	<b>Interferência da reforma na qualidade de</b>	- Adquiriu melhor qualidade de vida (E2 e E3); - Adquiriu pior qualidade de vida (E1); - Tempo livre para actividades sociais e/ou

	<b>vida</b>	lúdicas e estar com amigos e família (E2, E3); - Desilusão em estar desocupado (E1). - Sente-se só (E1); - Bom ter tempo livre (E1 e E2); - Desejada e esperada (E1, E2 e E3); - Boa, família e lazer (E2); - Demasiado ocupado em atividades (E3)
<b>Vivências/ Reforma bem sucedidas</b>	<b>Vivência da reforma bem- sucedida</b>	
<b>Participação em projeto comunitário</b>	<b>Participação em projeto comunitário</b>	- Sim (E1, E2 e E3)

**Fonte:** Elaboração própria.

A análise geral das Entrevistas de Avaliação Neuropsicológica, na dimensão estado de consciência, permitiu registar informação dos entrevistados relativamente às sub-dimensões, orientação, nível pré-mórbido e atitude do paciente face à sua situação. Na sub-dimensão orientação, os entrevistados revelaram-se orientados e assertivos nas suas respostas; em relação ao nível pré-mórbido, responderam a todas as questões, conseguindo identificar as suas rotinas diárias, bem como aspetos da sua vida pessoal e profissional, passados e presentes, no que concerne à atitude dos participantes face à sua situação, revelaram boa atitude e conforto com a sua vida.

Na dimensão principais queixas do entrevistado, a análise permitiu esmiuçar as queixas subjetivas e espontâneas, onde E1, E2 e E3 sentem ansiedade e E3 sente-se depressivo, enquanto E2 apresenta perda de visão e E3 revela perda de memória a curto prazo.

Na dimensão apoio social, os participantes apresentam respostas bastante positivas, uma vez que as sub-dimensões, redes de suporte informal-vizinhos e familiares/relações de amizade estão bastante completas e o isolamento social é, praticamente, nulo.

Na dimensão envelhecimento e sub-dimensão envelhecimento bem-sucedido, os participantes encaram este tema como um período de bem-estar, onde sobressaem as temáticas ligadas à boa saúde, bem-estar económico e estar com a família.

Na dimensão de saúde mental e interferência da reforma nesta, acentua-se o traço de personalidade que os entrevistados demonstram: E1 apresenta sintomatologia de depressão, passa muito tempo sozinho, aponta como fator de destabilização o facto de a esposa continuar na vida activa, é uma pessoa muito introvertida. E2 e E3 são mais “extrovertidos socialmente”, não apresentam indicadores de problemas a este nível.



Na dimensão de qualidade de vida e sub-dimensão interferência da reforma nesta, é de salientar que os entrevistados E2 e E3, adquiriram melhor qualidade de vida, e E1 afirma que piorou a sua qualidade de vida e desiludido com a reforma.

Por último, relativamente à dimensão vivências/reforma e vivência da reforma bem-sucedida, os participantes E2 e E3, encaram-na como tranquila, perto da família e com algum poder económico; E1 partilha, mas refere que não melhorou a sua qualidade de vida devido ao facto de se sentir muito só.

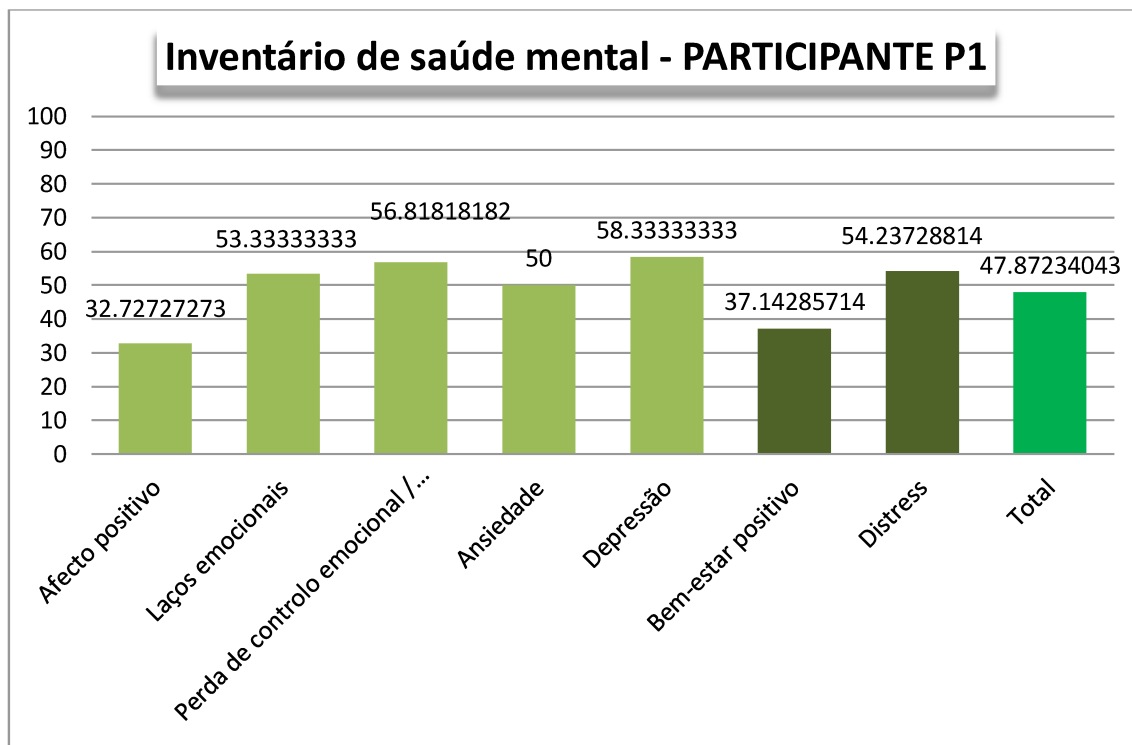
Em conclusão, podemos afirmar que os entrevistados demonstram índices sociodemográficos bastante positivos, embora E1 esteja muito dependente da família, (da disponibilidade da esposa), fator que o deprime. E2 e E3 revelam que as suas vivências da reforma, saúde mental e qualidade de vida revelam indicadores claros de equilíbrio, embora E3, mostre que está envolvido em muitas actividades o que, de momento, não lhe apresenta qualquer problema, mas que, possivelmente, o tornará mais frágil no futuro.

## **6.2- Inventário de saúde mental**

Através da aplicação do Inventário de Saúde Mental, teve-se como objetivo a avaliação da Saúde Mental dos idosos participantes. Esta avaliação é baseada em cinco escalas, caracterizadas por: afeto positivo, laços emocionais, perda de controlo emocional/comportamental, ansiedade e depressão. Estas escalas estão divididas em duas dimensões: o bem-estar positivo e distress. O bem-estar positivo é o somatório da pontuação da escala do afeto positivo e dos laços emocionais, enquanto que o distress é o somatório da escala controlo emocional/comportamental, ansiedade e depressão. Nos gráficos serão apresentados os resultados individuais, transformados para zero a cem (0 a 100), de cada um dos entrevistados/participantes.

## Participante P1

### ➤ Apresentação dos resultados



**Gráfico 5** - Apresentação dos resultados das Dimensões e Dimensões Primárias dos dados recolhidos do Participante P1

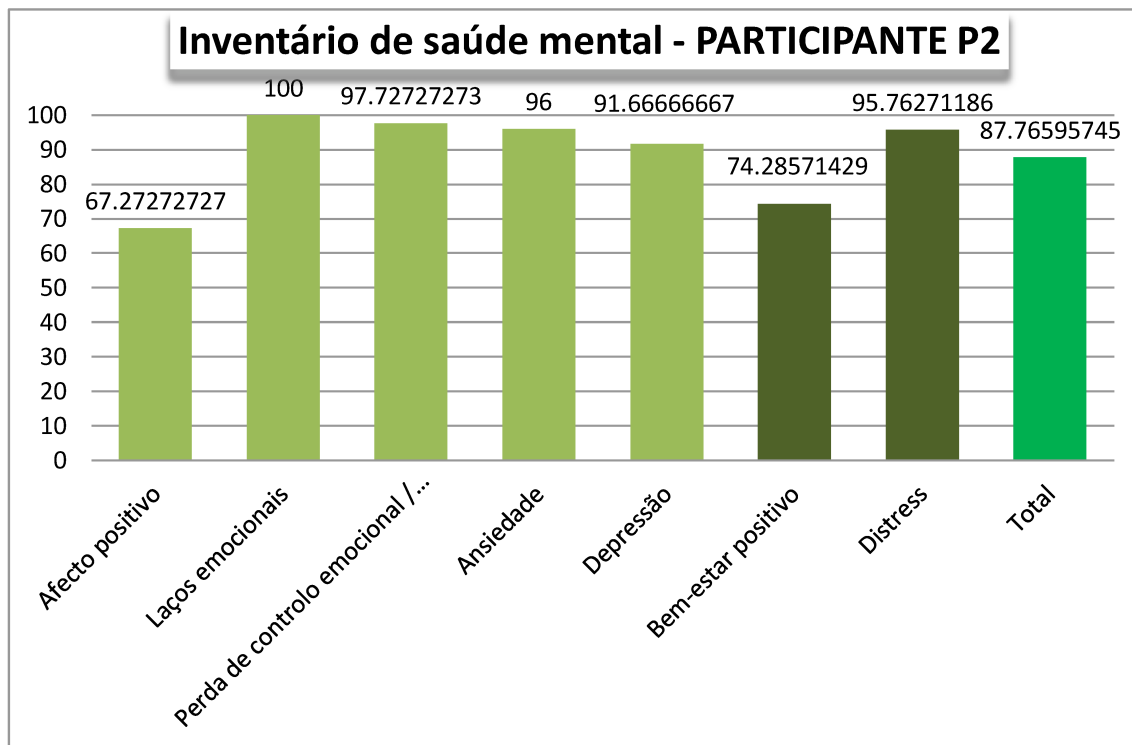
### ➤ Análise e discussão dos resultados

Através do gráfico anteriormente apresentado, verifica-se que o **Participante P1**, relativamente às dimensões primárias, a nível do afeto positivo, apresenta 32,7 pontos; os laços emocionais apontam para 53,3 pontos, a perda de controlo emocional /comportamental para 56,8 pontos, a ansiedade para 50 pontos e a depressão para 58,3 pontos. Na dimensão bem-estar positivo obteve 37,1 pontos, o distress alcançou 54,2 pontos. O total do resultado são 47,8 pontos.

O resultado total de 47,8 pontos (abaixo de 52 pontos) aponta para existência de sintomas graves, ao nível da avaliação da saúde mental do participante P1.

## Participante P2

### ➤ Apresentação dos resultados



**Gráfico 6** - Apresentação dos resultados das Dimensões e Dimensões Primárias dos dados recolhidos do Participante P2

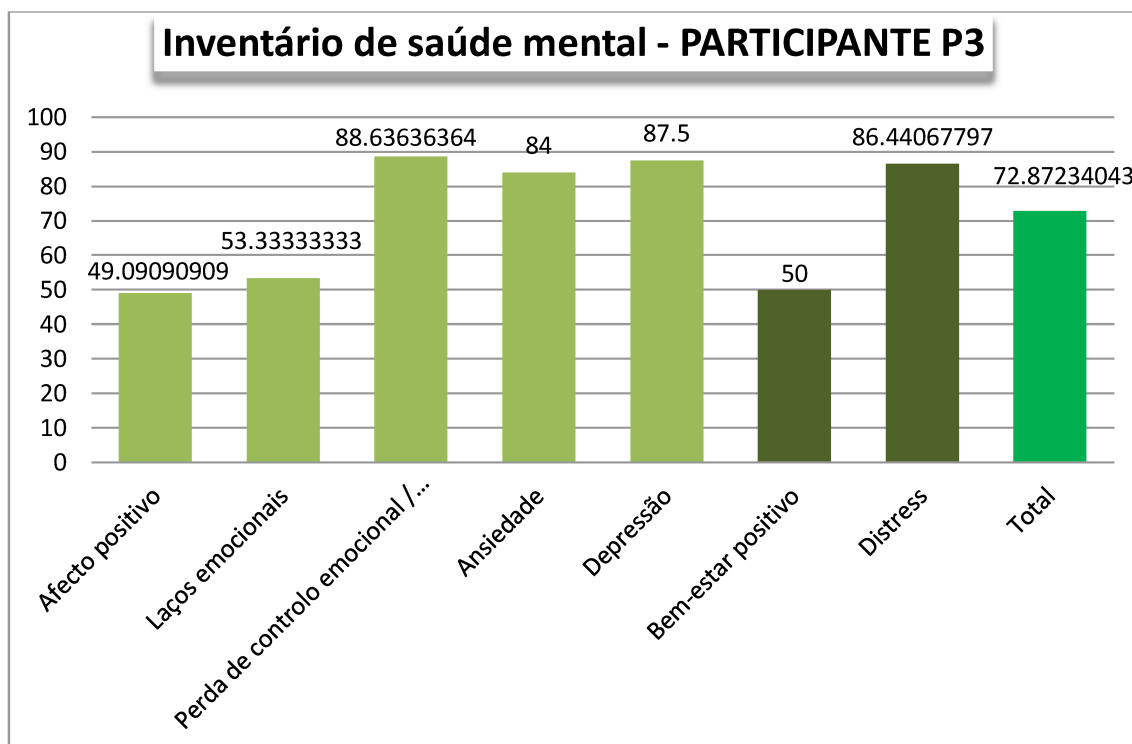
### ➤ Análise e discussão dos resultados

Através da representação gráfica (gráfico 6) é possível visualizar que o **Participante P2**, relativamente às dimensões primárias, a nível do afeto positivo apresenta 67,2 pontos, os laços emocionais mostram 100 pontos, a perda de controlo emocional /comportamental 97,7 pontos, a ansiedade aponta para 96 pontos e a depressão para 91,6 pontos. Em relação às dimensões bem-estar positivo, obteve 74,2 pontos, e o distress alcançou 95,7 pontos. O total do resultado é 87,7 pontos.

O resultado total de 87,7 pontos (acima de 60 pontos) aponta para a inexistência de qualquer sintomatologia ao nível da avaliação da saúde mental do participante P2.

## Participante P3

### ➤ Apresentação dos resultados



**Gráfico 7** - Apresentação dos resultados das Dimensões e Dimensões Primárias dos dados recolhidos do Participante P3

### ➤ Análise e discussão dos resultados

Através da representação gráfica (gráfico 7) é possível visualizar que o **Participante P3**, relativamente às dimensões primárias, a nível do afeto positivo, apresenta 49,09 pontos, os laços emocionais mostram 53,3 pontos, a perda de controlo emocional /comportamental 88,6 pontos, a ansiedade apontam para 84 pontos e a depressão para 87,5 pontos. Em relação às dimensões bem-estar positivo obteve 50 pontos, o distress alcançou 86,4 pontos. O total do resultado é de 72,8 pontos.

O resultado total de 72,8 pontos (acima de 60 pontos) aponta para a inexistência de qualquer sintomatologia ao nível da avaliação da saúde mental do participante P3.

### 6.3- Instrumento de avaliação de qualidade de vida no idoso

#### ➤ Apresentação dos resultados

Tabela nº.7 – Apresentação dos resultados da qualidade de vida do *WHOQOL OLD*

PARTICIPANTE	DOMÍNIO						TOTAL/ MÉDIA
	Habilidade Sensoriais	Autonomia	Atividade passadas, presentes e futuras	Participação Social	Morte e morrer	Intimidade	E %
P1	10	11	9	9	11	15	65 2,66 53,3%
P2	15	16	17	17	12	17	94 3,91 78,3%
P3	12	15	12	14	12	13	76 3,16 63,3%

**Fonte:** Elaboração própria.

## ➤ **Análise e discussão dos resultados**

A aplicação do Inventário de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-OLD teve como objetivo a avaliação da qualidade de vida dos idosos participantes. O Inventário é constituído por 24 perguntas. As respetivas respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5) atribuídos a seis domínios/facetos, que são: “Habilidades Sensoriais”, “Autonomia”, “Atividades Passadas, Presentes e Futuras”, “Participação Social”, “Morte e Morrer” e “Intimidade”. Cada um dos domínios/facetos possui 4 perguntas, podendo as respostas oscilar de 4 a 20 pontos, num total de 6 domínios. Logo, um total 120 (5 pontos média) pontos corresponde a 100% de qualidade de vida. Através da tabela 2 é possível visualizar os resultados do WHOQOL-OLD, tendo presente que: a qualidade de vida, necessita melhorar (quando a média for 1 até 2,9 ou total até 11,6 pontos); regular (média for 3 até 3,9 ou total até 15,6); boa (média for 4 até 4,9 ou total até 19,6) e muito boa (média igual a 5 ou total 20).

**P1** - Através da representação da tabela 2 é verifica-se que o participante, relativamente aos domínios/facetos, apresenta os seguintes valores:

- *Funcionamento/habilidades sensorial*, que avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das capacidades sensoriais na participação em actividades e na interacção, apresenta 10 pontos; necessita melhorar:
- *Autonomia*, que avalia a capacidade para viver de forma autónoma/independência e tomar decisões, apresenta 11 pontos; necessita melhorar:
- *Actividades passadas, presentes e futuras*, que avalia a satisfação com objectivos alcançados na vida e projectos a realizar, apresenta 9 pontos, necessita melhorar;
- *Participação social*, que avalia a participação em actividades do quotidiano, nomeadamente, na comunidade, apresenta 9 pontos; necessita melhorar:
- *Morte e morrer*, que avalia preocupações e medos sobre a morte e o morrer, apresenta 11 pontos; necessita melhorar:
- *Intimidade*, que avalia a capacidade para ter relações pessoais e íntimas, 15 pontos; regular qualidade de vida.

O resultado total de 65 pontos, (2,66 de média) que corresponde a uma percentagem de 53,3%, aponta para o resultado de: **necessita melhorar a sua qualidade de vida.**

**P2** - Relativamente ao participante P2, também através da representação da tabela 2, é possível visualizar que relativamente aos domínios/facetos, apresenta os seguintes valores:

- *Funcionamento/habilidades sensorial*, que avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das capacidades sensoriais na participação em actividades e na interacção, apresenta 15 pontos; regular:
- *Autonomia*, que avalia a capacidade para viver de forma autónoma/independência e tomar decisões, apresenta 16 pontos; boa:
- *Actividades passadas, presentes e futuras*, que avalia a satisfação com objectivos alcançados na vida e projectos a realizar, apresenta 17 pontos; boa:
- *Participação social*, que avalia a participação em actividades do quotidiano, nomeadamente, na comunidade, apresenta 17 pontos, boa:
- *Morte e morrer*, que avalia preocupações e medos sobre a morte e o morrer, apresenta 12 pontos, regular:
- *Intimidade*, que avalia a capacidade para ter relações pessoais e íntimas, 17 pontos; boa qualidade de vida.

O resultado total de 94 pontos, (3,91 de média) que corresponde a uma percentagem de 78,3%, aponta para o resultado de: **regular qualidade de vida**.

**P3** - Através da representação da tabela 2, é possível visualizar que o participante P3, relativamente aos domínios/facetos, apresenta os seguintes valores:

- *Funcionamento/habilidades sensorial*, que avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das capacidades sensoriais na participação em actividades e na interacção, apresenta 12 pontos; regular:
- *Autonomia*, que avalia a capacidade para viver de forma autónoma/independência e tomar decisões, apresenta 15 pontos; regular:
- *Actividades passadas, presentes e futuras*, que avalia a satisfação com objectivos alcançados na vida e projectos a realizar, apresenta 12 pontos; regular:
- *Participação social*, que avalia a participação em actividades do quotidiano, nomeadamente, na comunidade, apresenta 14 pontos; regular:

- *Morte e morrer*, que avalia preocupações e medos sobre a morte e o morrer, apresenta 12 pontos; regular:
- *Intimidade*, que avalia a capacidade para ter relações pessoais e íntimas, 13 pontos; regular.

O resultado total de 76 pontos, (3,16 de média) que corresponde a uma percentagem de 63,3%, aponta para o resultado de: **regular qualidade de vida.**



## **Parte III – Proposta do Projeto de intervenção**

### **7- Projeto de Intervenção**

Este projeto denomina-se de “Ó da Guarda, pequenas reparações” e pretende promover a qualidade de vida e a saúde mental dos gerontes participantes na investigação, através da educação social.

A investigação levou-nos a crer que a Educação Social será a forma mais conveniente para satisfazer as carências detetadas, em conjunto com a colaboração dos profissionais multidisciplinares, existentes na instituição (GNR de Beja).

O conceito de Educação Social é de difícil definição, pois está claramente ligado ao contexto social, às formas políticas dominantes, à cultura existente, ao modelo económico, à realidade educativa e, tudo isto, como é lógico, relaciona-se com um espaço e com um tempo concretos.

Não existe, portanto, uma maneira unívoca de entender a Educação Social, por isso existem diversas concepções sobre a mesma. Ortega (1999) afirma que a Educação Social é ou seria, fundamentalmente, a dinamização ativa das condições educativas da cultura, da vida social e dos seus indivíduos e a compensação, normalização ou, até, a reeducação da dificuldade e do conflito social.

Portanto, uma Educação Social assim entendida promove e dinamiza uma sociedade que educa e uma educação que socializa, integra e ajuda a evitar, equilibrar e reparar o risco, a dificuldade ou o conflito social.

Este projeto visa melhorar o quotidiano dos três idosos que fizeram parte da investigação realizada sobre “ Vivências da reforma, saúde mental e qualidade de vida em gerontes do Destacamento de Trânsito da Guarda Nacional Republicana em Beja”. Visa também, não só continuar a estimular o envelhecimento ativo dos gerontes participantes, através de estratégias para que se mantenham ativos, mas, também proporcionar benefícios no campo da saúde, e fomentar a participação ativa na comunidade.

Deste modo, e como defende Ornelas (2007), a participação num ambiente educacional trata-se de um projeto que acarreta vantagens no desenvolvimento de novas relações sociais, assim como no aumento do crescimento pessoal.

O projeto, fisicamente, será sediado no edifício da GNR em Beja, numa sala que outrora, funcionou como sala de convívio e atualmente está desocupada. Esta sala, em

termos de contactos com exterior, será equipada com uma extensão telefónica ao número geral da GNR e também com três computadores ligados permanentemente à internet.

A deslocação dos participantes do projeto de intervenção às residências dos seniores residentes na cidade de Beja, será feita numa viatura descaracterizada da Instituição.

## 7.1 - Fundamentação do Projeto de Intervenção

Foi possível verificar, por intermédio dos dados recolhidos aos idosos que participaram na investigação, que estes carecem de um projeto de intervenção, com vista a melhorar a sua qualidade de vida e saúde mental. Em particular nos domínios, atividade passadas, presentes e futuras e participação social, ao nível da qualidade de vida e ansiedade e bem-estar positivo ao nível da saúde mental.

Esta conclusão torna-se notória e evidente, conforme se comprova pelos resultados obtidos nos instrumentos de recolha de dados, como a seguir se indica.

Através da aplicação do Inventário de Saúde Mental, verificou-se que o participante 1, apresenta em relação às dimensões de bem-estar positivo, valores indicativos de “**sintomatologia grave**”, enquanto os participantes 2 e 3 não apresentam qualquer sintomatologia.

Com a aplicação do inventário de avaliação de qualidade de vida, constatou-se, também, que o participante P1, “**necessita melhorar a sua qualidade de vida**”, já que relativamente aos domínios: *Actividades passadas, presentes e futuras*, que avalia a satisfação com objectivos alcançados na vida e projectos a realizar, e *Participação social*, que avalia a participação em actividades do quotidiano, nomeadamente, na comunidade, apresenta valores indicativos que “**necessita melhorar**”. Já os participantes 2 e 3 apresentam valores indicativos de “regular qualidade de vida”.

Com estes dados, é possível concluir que o participante P1 precisa de um acompanhamento mais personalizado, uma vez que apresenta valores indicativos de sintomatologia grave ao nível de saúde mental e necessita melhorar a sua qualidade de vida, ao nível da avaliação da qualidade de vida.

Os restantes participantes, apesar de não obterem resultados de qualquer sintomatologia (ao nível da saúde mental) e de regular qualidade de vida, beneficiariam em ser

companhados por um Psicogerontólogo que realize, com estes, atividades que continuem a promover um envelhecimento ativo.

Assim, o presente projeto de intervenção pretende dar resposta às carências detetadas ao longo da investigação, que nos apontam que é necessário melhorar a qualidade de vida e a saúde mental dos participantes.

A inclusão social inicia-se com a integração da pessoa idosa no grupo, através da estimulação para a realização de atividades de grupo, partilhando os seus problemas e acabando com os preconceitos que existem relativamente à pessoa idosa (Zimerman, 2005).

Portanto, torna-se crucial e de máxima importância a promoção do convívio social e a cooperação com organismos e instituições oficiais e particulares, consciencializando a comunidade local das suas necessidades e potencialidades, visando a melhoria das condições de vida, assim como a participação comunitária dos mais velhos.

Com a implementação do projeto “Ó da Guarda, pequenas reparações” pretende-se definir o seu objetivo geral; os objetivos específicos; quais os profissionais envolvidos na dinamização do mesmo; o público-alvo com que se pretende intervir; realizar a planificação da intervenção; apresentação do cronograma das atividades e a avaliação do projeto.

## **7.2 - Objetivo geral**

Considerou-se o seguinte objetivo geral:

- Promover a qualidade de vida e a saúde mental dos gerontes.

## **7.3 - Objetivos específicos**

Consideraram-se os seguintes objetivos específicos:

- Promover a Saúde Física, Mental, Social e qualidade de vida dos gerontes;
- Preservar a memória, a concentração, a participação ativa e a criatividade dos gerontes;
- Aumentar o sentimento de utilidade/pertença à comunidade;
- Proporcionar momentos que aumentem a convivência entre os gerontes;

- Contribuir para o aumento de momentos de socialização;
- Combater o sedentarismo, ocupando os gerontes nos seus tempos livres;
- Fomentar a descoberta de novos interesses;
- Promover o crescimento individual dos idosos.

#### **7.4 - Público-alvo**

Este projeto será direccionado às pessoas idosas que pertenceram ao estudo acima analisado. Ou seja, será direccionado para os três gerontes, que de livre vontade, manifestaram desejo em participar nele, conforme se pode comprovar pelas respostas que deram à pergunta nº. 46 (PARTICIPAÇÃO EM PROJETO DE ÂMBITO COMUNITÁRIO) da entrevista semiestruturada (Apêndice IX) de que foram alvo. Irá abranger toda a comunidade sénior da cidade de Beja que de alguma forma possa necessitar dos serviços prestados pelos participantes no projeto “Ó da Guarda, pequenas reparações” e se inscrevam no mesmo.

#### **7.5– Profissionais envolvidos no projeto**

O projeto conta com a participação de todos os colaboradores da instituição (GNR de Beja), nas mais diversas áreas, nomeadamente, saúde, informática, electricidade e electrónica, oficinas auto e moto, carpintaria e pintura, grupo cinotécnico, equipa de educação física e desporto e o grupo de Cante Alentejano.

Pretende-se a conceção de uma equipa multidisciplinar, em que cada profissional concederá o seu contributo na sua respetiva área.

Na área da saúde, conta-se com a colaboração do senhor enfermeiro/fisioterapeuta da Unidade (GNR de Beja), na área das ciências sociais, com um psicogerontólogo e um educador social e, nas restantes áreas enunciadas no parágrafo anterior, com os militares especialistas nas respectivas áreas, todos eles com muita experiência e disponibilidade para participarem no projeto.

A coordenação do projeto ficará a cargo do educador social, auxiliado pelos psicogerontólogo, senhor enfermeiro da Unidade e pelos chefes de seção de cada uma das seções enunciadas (oficinas, educação física, informática, cinotécnica e cante).

Futuramente, pretende-se que o coordenador do projeto desenvolva, diariamente, para além das suas atividades específicas, atividades multidisciplinares, em conjunto com os profissionais das diversas áreas envolvidas.

## **7.6- Planificação da Intervenção**

O Projeto de Intervenção “Ó da Guarda, pequenas reparações” irá ser executado, maioritariamente, nas instalações do quartel da Guarda Nacional Republicana em Beja, com exceção dos jogos coletivos de educação física (campo de jogos sintético II em Beja) e do serviço de pequenas reparações prestado à comunidade sénior, residente na cidade de Beja.

Para isso, contam com a cooperação dos vários profissionais que, diariamente, trabalham no quartel da GNR em Beja, nas áreas anteriormente referidas.

De acordo com Manes (2014), torna-se importante que as pessoas que participam, estejam num ambiente onde se sintam confortáveis, que seja facilitador de reduzir os seus receios, de modo a que explorem e se consciencializem dos temas que lhes sejam úteis.

O que se pretende com este projeto é que os três gerentes participantes possam desenvolver atividades que promovam a sua saúde mental e qualidade de vida.

*Van Solinge & Henkens* (2008) mostram que sujeitos envolvidos em actividades sociais tendem a experienciar níveis mais elevados de satisfação com a vida após a reforma, comparativamente a indivíduos que não partilham destas actividades. Os resultados mostram, ainda, que indivíduos que não detêm qualquer tipo de actividade (de ajuda ou de convívio) parecem estar menos satisfeitos com a sua vida, quando comparados com indivíduos que se mantêm envolvidos em actividades sociais.

Para que seja possível a implementação e execução deste projeto de intervenção, torna-se necessário dividi-lo em três momentos distintos de atuação ou atividades a desenvolver.

O primeiro momento compreenderá uma reunião, a ter com o Senhor Comandante da GNR de Beja, Chefes de secção que compõem as mais diversas áreas existentes no quartel desta Força de Segurança e o Senhor Vereador responsável pela área do desporto da Câmara Municipal de Beja. Esta reunião terá como intuito divulgar os

resultados do estudo efetuado solicitar a colaboração de todos, sobre o tipo de atividades a executar, de forma a se promover a inclusão social, a saúde mental e a qualidade de vida dos gerontes participantes.

Nesta reunião, o Coordenador terá, também, o objetivo de sensibilizar os presentes para as questões objetivas do projeto de intervenção, dada a importância do mesmo. Deverá, ainda, realçar a relevância dos presentes na corporalização e concretização do projeto, assim como, seguidamente, efetuar um levantamento de necessidades, a nível logístico. Nomeadamente, agendar, como o senhor vereador da Camara Municipal de Beja, a utilização do campo de jogos colectivos (sintético II) em Beja, duas vezes por semana, ficando o material de desporto a utilizar (bolas de futebol, equipamentos e material de ginásio) a cargo da GNR de Beja (secção de educação física e desporto).

Num segundo momento de atuação, o Coordenador do projeto, procederá à sensibilização, junto das instituições mais “visíveis” da cidade, nomeadamente, a autarquia e juntas de freguesia locais, ao Senhor Bispo da Diocese da cidade, Polícia de Segurança Publica, Guarda Nacional Republicana e Associações de carácter recreativo, cultural e social da Cidade, da existência do projeto de intervenção, bem como da sua importância no mesmo (pequenas reparações a efetuar, e/ou atividades de lazer, lúdicas ou outras). Proceder-se-á também à identificação das pessoas (mediadores) a contactar junto destas entidades.

Por último, num terceiro momento de atuação, serão propostas várias dinâmicas, de acordo com a tipologia de cada atividade e será feita a abertura (inscrições) do projeto à comunidade. Compreendendo-se que apesar de cada atividade obter uma área dominante, estas podem ter uma abrangência multidisciplinar, visto ser possível intervir em vários domínios, na mesma atividade e atingir vários objetivos.

De acordo com Manes (2014, p.6) através das atividades de grupo é possível promover “três dimensões do funcionamento psicológico: a dimensão emotivo-afetiva, a dimensão cognitiva e a dimensão experimental”.

Para que se consiga atingir o objetivo geral do projeto de intervenção (promover a saúde mental e a qualidade de vida dos gerontes através da Educação Social), através dos objetivos específicos, serão levadas a cabo um conjunto de atividades enunciadas no quadro que a seguir se indica.

**Tabela nº. 8- Plano de atividades do projeto " Ó da Guarda, pequenas reparações "**

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades</b>	<b>Exemplos de atividades</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a qualidade de vida e saúde mental;</li> <li>- Preservar a memória, a concentração, a participação ativa e a criatividade;</li> <li>- Aumentar o sentimento de utilidade/pertença à comunidade;</li> <li>- Proporcionar momentos que aumentem a convivência;</li> <li>- Contribuir para o aumento de momentos de socialização;</li> <li>- Combater o sedentarismo;</li> <li>- Fomentar a descoberta de novos interesses;</li> <li>- Promover o crescimento individual</li> </ul>	De estimulação cognitiva;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jogar às cartas, dominó e à moeda;</li> <li>- Jogos <i>on-line</i>, redes sociais;</li> <li>- Jogos de memória, anedotas;</li> <li>- Ler e escrever;</li> <li>- Contar histórias passadas.</li> </ul>
	De saúde física	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprender a medir a tensão arterial;</li> <li>- Controlar o peso corporal;</li> <li>- Esclarecimentos sobre boas práticas de alimentação saudável.</li> </ul>
	De atividade física	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exercícios individuais de musculação e aeróbicos, no ginásio;</li> <li>- Exercícios de grupo, com bola, no campo de jogos sintético II;</li> <li>- Jogo da malha e petanca.</li> </ul>
	De criação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pintar espaços;</li> <li>- Criar Jogos;</li> <li>- Trabalhar com madeira.</li> </ul>
	Lúdicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visitar locais de interesse público (museus, teatros, igrejas);</li> <li>- Participação em torneios de cartas;</li> <li>- Assistir aos treinos do Grupo de Cante Alentejano da GNR;</li> <li>- Participação na cerimónia do dia da GNR de Beja (01 de agosto de 2009).</li> </ul>

## 7.7– Cronograma

No âmbito das ações e atividades a serem realizadas no Projeto de Intervenção “ Ó da Guarda, pequenas reparações”, delineou-se o seguinte Cronograma que apresentamos de seguida.

**Tabela nº. 9 – Cronograma das ações e atividades do projeto de intervenção**

Atividades	2018											
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Abordagem/reuniões com a GNR e Câmara Municipal de Beja;												
Sensibilização das entidades participantes no projeto;												
Identificação dos mediadores do projeto junto das entidades participantes;												
Ações de sensibilização à comunidade integrante no projeto;												
Abertura de inscrições do projeto à comunidade;												
Atividades práticas do projeto;												
Avaliação do projeto.												

## 7.8- Avaliação do Projeto

A avaliação pretende, sobretudo, comparar a realidade social das pessoas, antes e após a intervenção, para que se compreenda a possível diferença entre a planificação, a execução e os resultados obtidos.

“Avaliar é comparar num determinado instante, o que foi alcançado mediante uma ação e o que se deveria ter alcançado de acordo com uma prévia programação” *Espinoza* citado em (Perez Serrano, 2008, p. 83).



Já *Rivière* (citado em Perez Serrano, 2008, p.84) afirma que “a avaliação é um processo de estabelecer um juízo de valor sobre um objetivo, com vista a uma ação em função da obtenção e interpretação sistemática de dados ou provas sobre este objeto”.

Pretende-se a comparação dos resultados atingidos, com o projeto de intervenção comunitária “Ó da Guarda, pequenas reparações” que objetiva a melhoria da saúde mental e da qualidade de vida dos gerentes através, da Educação Social, em comparação com os resultados obtidos na investigação anterior.

Tendo em conta que se trata de um projeto multidisciplinar, julga-se que as reuniões com os vários técnicos envolvidos serão muito importantes para um melhor planeamento das atividades.

Perez Serrano (2008) menciona que a avaliação não deve ser só realizada no final do projeto, devendo estar presente no decorrer do mesmo, de forma a controlar os resultados, bem como a corrigir inconvenientes que possam surgir, com a desadequação das atividades.

A nível estratégico, a avaliação do projeto será feita diariamente, com base na observação direta e em conversas informais, para efeitos de apreciação de comportamentos, atitudes e motivações dos participantes nas mais diversas atividades em que estão envolvidos, verificando-se, assim, se estão a atingir ou não os objetivos do projeto.

A avaliação pretende, também, coordenar todo o projeto, desde a identificação das necessidades, atravessando todas as fases do processo, até aos objetivos atingidos.

O coordenador, trimestralmente, reunirá com todos os técnicos envolvidos e procederá às avaliações dos participantes, tendo como base as atividades práticas do projeto, nomeadamente, os objetivos, as planificações, os recursos e tudo o que possa influenciar o desenvolvimento do mesmo.

Avalia-se, assim, o projeto a nível qualitativo, concluindo-se se foi benéfico ou não para os participantes envolvidos, assim como a programação ou não de uma ou outra atividade que o melhore.

## **Conclusões**

As questões ligadas ao envelhecimento são transversais a todas as sociedades e apresentam um cunho de diversidade e especificidade. A forma como antigamente, se olhava para os idosos não é a mesma que vigora atualmente. Antigamente eram vistos como uma fonte de sabedoria, hoje são muitas vezes vistos como “fardos” a suportar pela sociedade. “Fardos” estes que continuaram a aumentar porque não existe uma forma de acabar com o envelhecimento, existem sim formas de o atenuar. A etapa do envelhecimento da população acarreta, com ela, diversas mudanças a nível pessoal, social e comunitário, muitas destas mudanças exigem, à pessoa idosa, alterações no estilo de vida, assim como nas suas rotinas diárias.

Torna-se, então, imperativo criar ferramentas que concebam a possibilidade de envelhecer com saúde e autonomia, continuando a participar plenamente na sociedade enquanto cidadão ativo e funcional. Independentemente da idade, todos podem continuar a desempenhar um papel na sociedade e a usufruir de uma boa qualidade de vida. Por conseguinte, o objectivo geral deste trabalho esteve relacionado com a pergunta de partida: “De que modo é que as vivências da reforma estão relacionadas com a qualidade de vida e saúde mental dos Gerontes do Destacamento de Trânsito da Guarda Nacional Republicana em Beja?”.

Para responder à pergunta de partida, elaboraram-se os objetivos. Com o geral pretendeu-se, “conhecer as vivências da reforma, saúde mental e qualidade de vida dos participantes”. Com os específicos pretendeu-se, “ identificar as vivências da reforma”, “conhecer a saúde mental em gerontes”, “ avaliar a qualidade de vida” e ” aumentar o sentimento de utilidade e pertença à comunidade”.

De forma a cumprir, cabalmente, os objetivos delineados e a responder à questão de partida formulada, a presente investigação iniciou-se com uma parte concetual (Parte I – Enquadramento teórico), na qual foram abordadas as temáticas do envelhecimento, saúde mental, reforma e qualidade de vida na reforma.

Posteriormente, foi realizada uma parte prática (Parte II - Estudo empírico), onde foi abordada a metodologia utilizada, o propósito e delimitação da problemática, os instrumentos e técnicas de recolha de dados, os procedimentos empregues e os

resultados obtidos através do estudo efetuado, permitindo, assim, através da concretização da investigação, compreender a realidade estudada.

Nesta parte (Estudo Empírico), após a verificação da questão de partida, conclui-se que os objetivos deste trabalho foram atingidos. Nomeadamente, foi possível verificar que os gerontes participantes não estão a envelhecer de forma ativa. Inclusive, um deles aponta para existência de sintomas graves, ao nível da avaliação da saúde mental e que necessita melhorar a sua qualidade de vida.

As evidências resultantes deste estudo deram a perceber que o participante recém-aposentado, perceciona a passagem à reforma como uma transição de vida e que a mudança que envolve esse mesmo processo exige um esforço adaptativo, dotado de alguma complexidade que ainda não domina. E também que a forma como todos os participantes experienciam o referido processo adaptativo, é em função das suas características pessoais, das vivências e estratégias de *coping* de que já eram detentores, das redes de apoio que dispõem e ainda, das características do processo de conjugalidade que foram construindo ao longo do tempo.

Verifica-se que os participantes estão muito dependentes da disponibilidade das pessoas com quem habitam (esposas). Se estas ainda se encontram na vida ativa, fã-los sentirem-se um poucos “perdidos”, sem saberem bem o que fazerem com o tempo disponível que têm, impedindo-os de ter uma maior disponibilidade mental, para encarar a reforma de uma forma mais positiva. Por outro lado, se estas, já se encontram também reformadas, parece aumentar-lhes a qualidade de vida e a sua saúde mental.

Em suma, pode-se concluir que a condição de estar só ou acompanhado em termos de relacionamento conjugal, influência a qualidade de vida e as vivências da reforma.

Relativamente à contextualização de vivências anteriores, aspeto que foi transversal e que esteve muito presente nos discursos dos participantes deste estudo, a sua emissão fez notar que as opções do presente resultam em grande parte das experiências do passado (agricultura) e que terá sido decorrente das mesmas que fizeram as suas opções adaptativas à reforma.

Com base nestes resultados, propôs-se o projeto de intervenção “Ó da Guarda, pequenas reparações”, com vista a promover a qualidade de vida e a saúde mental dos gerontes participantes na investigação, através da educação social, assim como proporcionar à comunidade da cidade de Beja, um maior conhecimento sobre as questões relacionadas

com o pós reforma. Este projeto constitui um ponto de partida para futuros projetos e intervenções no âmbito deste grupo profissional, possibilitando a promoção da saúde mental e bem-estar psicológico destes reformados, bem como, o repensar da preparação para a reforma na GNR.

É de referir, também, contudo, o facto de se ter optado por um estudo de caso e de uma amostra reduzida, este facto acabou por impossibilitar uma generalização dos resultados. Pensa-se, por isso, que será de máxima importância realizar outros estudos com maior número de participantes, de maneira a obter resultados que possam permitir um alargamento de propostas de estratégias de intervenção no âmbito do previsto para a reforma dos profissionais da GNR e, conseqüentemente, um favorecimento na generalização das conclusões, para assim permitir uma planificação estruturada e abrangente para reformados na GNR pré e pós reforma.

Apesar das limitações atrás referidas, considera-se que este estudo alargou o conhecimento de alguns fatores potenciadores de melhorar a qualidade de vida e saúde mental dos gerentes reformados da GNR, após as vivências da reforma. Os resultados do presente estudo não podem ser generalizados à totalidade da população idosa mas podem ser orientadores de trabalhos futuros sobre a qualidade de vida e saúde mental neste escalão etário, permitindo o levantamento de novas questões de investigação. Sugere-se ainda, o aumento do número de indivíduos estudados, investigando as variáveis consideradas na presente investigação, de modo a se chegar a conclusões mais robustas.

Em suma, considera-se que foi alcançado o objectivo de contribuir para um melhor conhecimento da população idosa, permitindo uma melhor percepção da qualidade de vida e saúde mental dos idosos através da análise de factores associados a estas. Os dados obtidos ao longo desta investigação possibilitam abrir caminho a futuras investigações, perspectivando uma melhor compreensão da temática em estudo, e contribuindo para a implementação de estratégias e programas mais eficazes, no sentido de uma actuação conjunta dos profissionais e cuidadores envolvidos nos cuidados aos idosos, tendo em vista a promoção da qualidade de vida e saúde mental dos idosos. Este trabalho revestiu-se de grande pertinência e especial relevância, em termos da investigação efetuada pela especificidade do contexto profissional em que foi realizado.

Por outro lado, os resultados obtidos constituem uma mais-valia para futuros estudos e intervenção na reforma neste grupo profissional.

## Referências bibliográficas

- Amado, J. (2013). *Manual de Investigação Qualitativa em Educação*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra;
- Amaral, A. (1997). *Alterações circadianas na depressão*. Dissertação de mestrado. Coimbra: Universidade de Coimbra;
- Alves, A., Rodrigues, N. (2010) *Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental*. Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/vol-2-2010/2> - (Acedido em 10 de Agosto);
- Assembleia da Republica, *Resolução do Conselho de Ministros N.º 110/2005, de 2 de junho*. Publicado no Diário da República — I Série-B n.º. 124 — 30 de junho de 2005;
- Assembleia da Republica, *Decreto-Lei n.º 167-E/2013 de 31 de dezembro*. Publicado no Diário da República, 1.ª série — N.º 253 — 31 de dezembro de 2013;
- Assembleia da Republica, *Decreto-lei n.º 10/2016 de 08 de março*. Publicado no Diário da República, 1.ª série — N.º 47 — 8 de março de 2016;
- Assembleia da Republica, *Despacho n.º 10464/2008*. Publicado no Diário da República, 2.ª série — N.º 70 — 9 de Abril de 2008;
- Atchley, R. (1996). “*Retirement*.” in J. Birren, *Encyclopedia of gerontology*, Vol. 2 San Diego: Academic Press;
- Baltes, P. B. (1987). *Theoretical Propositions of Life-Span Developmental Psychology: On the Dynamics Between Growth and Decline*. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-626;
- Barreto, J. (2005). *Os sinais da doença e sua evolução*. In A. Castro-Caldas & A.Mendonça (Eds.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (p.27-60). Lisboa: Lidel;

- Bell, J. (1993). *Como realizar um projecto da investigação*. Lisboa: Gradiva;
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora;
- Bortolanza, M., Krah, S. & Biasus, F. (2005). *Um olhar psicopedagógico sobre a velhice*. Rev. Psicopedagogia, 22 (68): 162-70;
- Canavarro, M. C. (2010). *Qualidade de vida: Significados e níveis de análise*. In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 3-21). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian;
- Cavanaugh, J. (1997). *Adult Development and Aging*, (3.<sup>a</sup> ed.). California: Brooks Cole Publishing
- Carvalho, P. & Dias, O. (2011). *Adaptação dos Idosos Institucionalizados*. Millenium, 40: 161-184;
- Costa, M. A. (2002), *Cuidar idosos: formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau;
- Ekerdt, D. J. (2000). *Retirement*. In A. E. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of Psychology*, Vol. 7 (pp. 94-97). American Psychological Association;
- Escoval, A. (2008). *Financiamento – Inovação e Sustentabilidade*. Lisboa: Offsetmais Artes Gráficas, S.A;
- Estatuto dos Militares da Guarda Nacional Republicana (EMGNR), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 297/2009, de 14 de Outubro, com as alterações introduzidas pela Declaração de Rectificação n. 92/2009, de 27 de Novembro;
- Esteves, J. A. (1995). *Jovens e Idosos. Família, Escola e Trabalho*. Porto: Edições Afrontamento;
- Fernandes, Ana Alexandre (1997), *Velhice e Sociedade. Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*. Lisboa: Celta;

- Fernandes, A. (2008). *Questões Demográficas: Demografia e Sociologia da População*. Lisboa: Edições Colibri-Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da UNL;
- Fleck, M. P. A., (2003). *Projecto WHOQOL-OLD: Método e resultados de grupos focais no Brasil*. Revista de Saúde Pública, vol. 37 (6), 793-799;
- Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi;
- Fonseca, A. (2012). *Desenvolvimento Psicológico e Processos de Transição – Adaptação no Decurso do Envelhecimento*. In Paúl, C. & Ribeiro, O., Manual de Gerontologia – Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento (95 – 106). Lisboa: Lidel;
- Fonseca, A. (2012). *Do trabalho à reforma – quando os dias parecem mais longos*. Sociologia. Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Acedido a 02 de novembro, 2016, de <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/10582.pdf>;
- Fontaine, R. (1999). *O envelhecimento e as suas causas*. Em Fontaine, R. (Ed.), Psicologia do Envelhecimento (pp. 19-32). Lisboa: Climepsi;
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da conceção à realização (1.ª Edição)*. Loures: Lusociência;
- Gil, A. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social (6.ª Edição)*. São Paulo: Editora Atlas;
- GNR [GUARDA NACIONAL REPUBLICANA, (2016)], *Divisão de Comunicação e Relações Públicas*. Operação Censos Sénior;
- Guerra, Isabel (2002) *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Acção, Cascais: Principia*;
- Harrison, P., & Owen, M. (2003). *Genes for schizophrenia? Recent findings and their pathophysiological implications*. The Lancet, 361, 417-419;
- Hernández, M. et al. (2000), *Enfermeira Geriátrica*. Barcelona: Masson;
- INE [Instituto Nacional de Estatística] (2016). *Estimativas de População Residente em Portugal*. Retirado a 08 de setembro de 2016 de [https://www.ine.pt/xportal/xma?in?xpgid=ine\\_main&xpid=INE&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xma?in?xpgid=ine_main&xpid=INE&xlang=pt);



- Jacob, L. (2007). *Animação de idosos: actividades*. Porto: Âmbar;
- Kaye, L.W., Butter, S.S., & Webster, N.M. (2003). *Toward a productive ageing paradigm for geriatric practice*. *Ageing International* Spring, 28(2), 200-213;
- Kim, J., Moen, Phyllis (2002) *Retirement Transitions, Gender, and Psychological Well-Being: A Life-Course, Ecological Model* «*Journal of Gerontology: Psychological Sciences*» *The Gerontological Society of America*. Vol 57B, N.3, p. 212-222;
- Leon, F. G., Ashton, A. D., D'Mello, D. A., Dantz, B., Hefner, J., Matson, G. A., Montano, C. B., Pradko, J. F., Sussman, N., & Winsberg, B. (2003). *Depression and comorbid medical illness: Therapeutic and diagnostic challenges*. *The Journal of Family Practice*, 19, p.33;
- Lima, M. P. (2010), *Envelhecimento (s)*. Estado de Arte, Imprensa da Universidade de Coimbra;
- Lobo, L. (2008). *Participação comunitária e satisfação com os cuidados de saúde primários*. *Análise Psicológica*, 26 (2), 367-371;
- Hooyman, N. R.; & Kiyak, H. A. (2008). *Social Gerontology: a multidisciplinary perspective*. Boston: Allyn and Bacon;
- Hornstein, G. A. & Wapner S. (1985). “*Modes of experiencing and adapting to retirement*”. *International Journal of Aging and Human Development*. 21(4), 291 315;
- Manes, S. (Org.). (2014). *83 Jogos Psicológicos para a Dinâmica de Grupos – Um Manual para Psicólogos, Professores, Animadores Socioculturais*. Lisboa: Paulus;
- Marques, S., Batista, M. & Silva, P. (2012). *A promoção do envelhecimento ativo em Portugal: preditores da aceitação de um chefe mais velho*. *Sociologia*. Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Acedido a 18 de janeiro, 2017, de <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/10581.pdf>

- Mendes, F. (2011). *Segurança Social: O futuro hipotecado*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos;
- Mercader, F. X. A. (1992). *Gerontología: aspectos biopsicosociales del proceso de envejecer (pp. 6-11)*. Barcelona: Boixareu Universitaria;
- Morgan, L. A.; & Kunkel, S. R. (2007). *Aging, Society and Life Course*. New York: Springer Publishing;
- Moniz, J. (2003), *A Enfermagem e a pessoa idosa – A prática como experiência formativa*. Loures: Lusociência;
- Mueser, K., & McGurk, S. (2004). *Schizophrenia*. The Lancet, 363, 2063-2072;
- National Collaborating Centre for Mental Health (2010). *Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care*. Updated Edition. Great Britain: The British Psychological Society;
- National Institute of Mental Health (2009). *Schizophrenia*. Bethesda: National Institute of Health;
- Nazareth, J. M. (2009). *Crescer e envelhecer: Constrangimentos e oportunidades do envelhecimento demográfico*. Lisboa, Portugal: Editorial Presença;
- Neff, Max. *Necessidades e Qualidade de Vida*. S/Cidade, s/editora. 1986;
- Nunes, B. (2008). *Memória: funcionamento, perturbações e treino*. Lisboa: Lidel;
- Pankow, L. J.; & Solotoroff, J. M. (2007). *Biological Aspects and Theories of Aging*. In J. A. Blackburn; & C. N. Dulmus (Eds.), *Handbook of Gerontology*. evidencebased approaches to theory, practice, and policy (pp. 19-56). Hoboken: John Wiley & Sons;

- Ornelas, J. (2007). *Psicologia Comunitária – Contributos para o desenvolvimento de serviços de base comunitária para pessoas com doença mental. Análise Psicológica.*, 1 (XXV), 5-11. Acedida em 25 de dezembro 2016. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v25n1/v25n1a02.pdf>;
- Ortega, J. (1999). *Educación social especializada*. Barcelona: Ariel;
- Paúl, M. C. e A. M. Fonseca (2005), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores;
- Powell, V., Abreu, N., Oliveira, I., Sudak, D. (2008). *Terapia cognitivo-comportamental da depressão*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 30 (III), 73-80;
- Pereira, C., Filho, A. (2001). *Neurogeriatria*. Rio de Janeiro: Revinter;
- Perez Serreno, G. (2008). *Elaboração de Projectos Sociais – Casos Práticos*. Porto: Porto Editora;
- Quick, H. E., & Moen, P. (1998). *Gender, employment and retirement quality: A life course approach to the differential experiences of men and women*. Journal Of Occupational Health Psychology, 3(1), 44-64.
- Quivy, R., Campenhoudt, L., (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais (4ª Edição)*. Lisboa: Gradiva.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1995). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rios, L.F. *Manual de Psicologia Preventiva*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Ed. 1994;
- RICHARDSON, V. (1993), *Retirement counselling*. New York, Springer;
- Rosa, M. (1999). *Reformados e Tempos Livres – Resultados do Inquérito à população activa e reformada sobre actividades de lazer*. Lisboa: Edições Colibri/INATEL;

- Rosa, M. (1993). *O desafio social do envelhecimento demográfico*. *Análise Social*, vol. 122, 679-689;
- Santos, A. F. A. (2008). *Qualidade de vida e solidão na terceira idade*. Porto: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa (Monografia de licenciatura);
- Sarmiento, M. (2013). *Metodologia Científica para a elaboração, escrita e apresentação de teses*. Lisboa: Universidade Lusíada Editora;
- Savoie-Zajc, L. (2003). *A entrevista semi-dirigida*. In Gauthier, B., *Investigação Social* (279 – 302). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda;
- Sequeira, A., e Silva, M. (2002). *O bem-estar da pessoa idosa em meio rural*. *Análise Psicológica*, VOL. 20, nº 3, (505-516);
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica: Do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto;
- Shultz, K. S., & Wang, M. (2011). *Psychological Perspectives on the Changing Nature of Retirement*. *American Psychologist*, 66(3), 170-179.
- Squire, A. (2002) *Saúde e Bem-Estar para Pessoas Idosas: Fundamentos Básicos para a Prática*. Loures: Lusociência;
- Swan, G. E.; Dame, A.; & Carmelli, D. (1991). *Involuntary Retirement, Type A Behavior, and Current Functioning in Elderly Men: 27-year Follow-up of the Western Collaborative Group Study*. *Psychology and Aging*, 6(3), 384-391;
- Van Solinge, H.; & Henkens, K. (2008). *Adjustment to and Satisfaction with Retirement: Two of a Kind?*. *Psychology and Aging*, 23(2), 422-434;
- Vieira, E. B. (2004). *Manual de Gerontologia*. Rio de Janeiro: Revinter;

Wattis, J. & Curran, S. (2008). *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria da Terceira Idade*. Lisboa: Climepsi Editores;

World Health Organization Quality of Life Group/WHOQOL Group. (1995). *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the WHO*. Social Science and Medicine, 41(10), 1403-1409;

World health organization. (2002) *Relatório Mundial de Saúde*. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Disponível em [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf) (acedido em 02 de agosto);

Zimbardo, P.; McDermott, M.; Jansz, J.; & Metaal, N. (1995). *Psychology: a european text*. London: Harper Collins;

Zimmerman, G. (2005). *Velhice: aspetos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed

## **Apêndices**

## **Apêndice I**

**Guião da entrevista aplicada ao comandante da GNR de Beja sobre a reforma**

MESTRADO DE PSICOGERONTOLOGIA COMUNITÁRIA (6ª Edição)

Projeto "Vivências da Reforma, Saúde Mental e Qualidade de Vida em Gerontes da GNR"

Quadro 1- GUIÃO DA ENTREVISTA APLICADA AO COMANDANTE DA GNR DE BEJA  
SOBRE A REFORMA

**Objetivo geral da Entrevista:** Recolher informação Institucional sobre o processo de passagem à reforma do geronte na GNR.

Objetivo Específico	Dimensão	Sub-dimensão	Questões
Recolher dados sociodemográficos	Caracterização do Entrevistado	Idade, género, tempo de serviço, ....	Qual a sua idade; Género; Tempo de serviço; Formação;
Saber qual o entendimento sobre a reforma em contexto militar	Entendimento sobre a reforma na GNR	Entendimento sobre a reforma	Qual é o seu entendimento sobre a reforma? Quais são os aspectos mais importantes a salientar? O que é mais preocupante neste processo? Em que idade as pessoas se deviam reformar?
Saber de que forma a instituição prepara a passagem à reforma dos seus gerontes	Processo de Passagem à reforma na GNR	Processo de reforma na GNR	Como é que decorre o processo de reforma na GNR? Em que idade os militares se deviam reformar? Na sua opinião, a instituição GNR prepara os seus militares para a reforma? Acompanha no processo? O que se passa na pós-reforma?
		Passagem à reforma bem sucedida na GNR	O que é preciso para que seja feita uma reforma bem sucedida, em geral? Como acha que tudo deveria ocorrer? E o que é preciso para que ocorra uma reforma bem sucedida nos militares da GNR?
		Preparação para a reforma	O que é que os militares costumam dizer sobre a sua passagem à reforma? Estão desejosos? Porquê? Têm receios? Quais? Sabem o que vão fazer a seguir? De quem esperam apoio? No seu entender, de que forma é que os militares vivem a preparação da suas reformas? Como é que os colegas os vêm? Como deverá ser vivida a reforma? Como deve ser preparada? Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir?
Compreender a interferência do processo da reforma na saúde mental dos militares da GNR	Interferência da Reforma na Saúde Mental		De que forma a reforma interfere na saúde mental dos militares?
Compreender a interferência do processo da reforma na qualidade de vida dos militares da GNR	Interferência da Reforma na Qualidade de Vida		De que forma a reforma interfere na qualidade de vida dos militares? Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir?



## **Apêndice II**

**Guião da entrevista aplicada aos familiares dos gerontes.**

MESTRADO DE PSICOGERONTOLOGIA COMUNITÁRIA (6ª Edição)

Projeto "Vivências da Reforma, Saúde Mental e Qualidade de Vida em Gerontes da GNR"

Quadro 2- GUIÃO DA ENTREVISTA APLICADA AOS FAMILIARES DOS GERONTES

**Objetivo geral da Entrevista:** Recolher informação familiar sobre as vivências da reforma dos gerontes.

Objetivo Específico	Dimensão	Sub-dimensão	Questões
Recolher dados sociodemográficos	Caracterização do(a) Entrevistado(a)	Idade, género.....	Idade; Género; Formação; Parentesco; Habita com o seu familiar?
Saber qual o entendimento sobre a reforma em contexto militar	Entendimento sobre a reforma na GNR	Entendimento sobre a reforma	Qual é o seu entendimento sobre a reforma? Quais são os aspectos mais importantes a salientar? O que é que é mais preocupante neste processo? Na sua opinião, em que idade , os militares da GNR se deviam reformar?
Obter informação junto dos familiares dos gerontes, sobre a forma como estes vivenciam a sua reforma.		Processo de reforma do seu familiar	Como é que decorreu o processo de reforma do seu familiar? Acha que se reformou com a idade adequada? Na sua opinião, o seu familiar preparou a sua reforma? No seu entender, o seu familiar desejou a reforma?
		Passagem à reforma bem sucedida do seu familiar	No seu entender, o que é preciso para que seja feita uma reforma bem sucedida, em geral? Na sua opinião, o seu familiar tem uma reforma bem sucedida? Como acha que tudo deveria ocorrer?
		Preparação para a reforma	O que é que o seu familiar costuma dizer sobre a sua passagem à reforma? Estava desejosos? Porquê? Tinha receio? Quais? Sabia o que iria fazer a seguir? De quem espera apoio? No seu entender, de que forma é que o seu familiar viveu a preparação da sua reforma? Como é que os familiares viram esse processo? Na sua opinião, como deverá o seu familiar viver a reforma? Como deve ser preparada? Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir?
Compreender a interferência do processo da reforma na saúde mental	Interferência da Reforma na Saúde Mental		De que forma a reforma interfere na saúde mental do seu familiar?
Compreender a interferência do processo da reforma na qualidade de vida	Interferência da Reforma na Qualidade de Vida		Pensa que o seu familiar, após a reforma, adquiriu maior qualidade de vida? De que forma a reforma interfere na qualidade de vida do seu familiar? Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir?

**Apêndice III**  
**Guião da entrevista aplicada aos gerontes.**

MESTRADO DE PSICOGERONTOLOGIA COMUNITÁRIA (6ª Edição)

Projeto "Vivências da Reforma, Saúde Mental e Qualidade de Vida em Gerontes da GNR"

Quadro 3- GUIÃO DA ENTREVISTA APLICADA AOS GERONTES

**Objetivo geral da Entrevista:** Recolher informação sobre as vivências da reforma, saúde mental e qualidade de vida dos gerontes

Objetivo Específico	Dimensão	Sub dimensão	Questões
Obter informação sobre os dados Sociodemográficos, estado consciência, saúde e bem estar do entrevistado	Dados sociodemográficos e estado consciência do entrevistado	Orientação	Como se Chama? Idade? Data de Nascimento? Onde nasceu? Que dia é hoje? Em que mês está? Onde reside? É casado? Qual a data do seu casamento? Tem filhos? Quantos anos têm? E netos tem? Quantos são?
		Nível pré-mórbido	Nome da professora primária? Em que escola andou? Qual o grau académico alcançado? Quando? Qual foi a sua profissão? Há quanto tempo desempenhou essa função? O que faz aos fins de semana? O que faz durante a semana? De manhã? De tarde? E à noite? Que coisas despertam o seu interesse?
		Atitude do entrevistado face à sua situação	Como se sente? Onde está agora? Quando chegou cá? Qual o nome do seu médico assistente? Quem sou eu? Conhecia-me anteriormente? Descontrola-se com facilidade? Pode realizar bem as suas tarefas habituais? Como é a sua vida familiar?
	Principais queixas do entrevistado	Queixas subjetivas e espontâneas	Como se sente? Sente que alguma coisa está mal consigo? Onde se localizam as suas queixas? Por vezes sente ansiedade? Como é o seu sono normal? Sente demasiada fome? E sede? Cuida da sua imagem pessoal? Toma banho quantas vezes por semana? Notou recentemente alguma diferença no seu comportamento sexual?
	Apoio social	Redes de suporte social-vizinhos e familiares	Sente-se bem no sítio onde vive? Sempre viveu aqui ou onde vivia antes? Com quem vive? Que tipo de relação mantem com os seus vizinhos? Está satisfeito com as suas relações de vizinhança?
		Isolamento social	Quanto tempo passa sozinho por dia? Tem alguma pessoa com quem sente que pode partilhar os seus problemas? Costuma receber visitas? Quem o visita? Com que frequência?
		Relação de amizade	Quem são os seus melhores amigos? Com quem gosta de estar?

	Envelhecimento	Envelhecimento bem sucedido	O que é para si um envelhecimento bem sucedido? O que acha que é preciso para se ter um envelhecimento bem sucedido?
Compreender a interferência do processo da reforma na saúde mental	Saúde mental	Interferência da reforma na saúde mental	O que acha que pode fazer para promover a sua saúde mental? De que forma é que acha que a reforma interfere na sua saúde mental?
Compreender a interferência do processo da reforma na qualidade de vida	Qualidade de vida	Interferência da reforma na qualidade de vida	Pensa que após a reforma adquiriu melhor qualidade de vida? De que forma a reforma interfere na sua qualidade de vida? Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir?
Vivências da reforma bem sucedida	Vivências da reforma bem sucedida		Como foi a sua passagem à reforma? Como está a ser a sua vivência da reforma? Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir?
Participação em projeto de âmbito comunitário			Gostaria de participar num projeto de âmbito comunitário, direccionado para os gerentes da cidade de Beja. O projeto consiste em reparar pequenas avarias domésticas, como por exemplo; mudar uma lâmpada eléctrica, uma torneira que pinga água, uma janela/porta que abre com dificuldade?

## **Apêndice IV**

### **Entrevista aplicada ao comandante da GNR de Beja**

## **MESTRADO DE PSICOGERONTOLOGIA COMUNITÁRIA (6ª Edição)**

**Projeto "Vivências da Reforma, Saúde Mental e Qualidade de Vida em Gerontes da GNR"**

### **ENTREVISTA APLICADA AO COMANDANTE DA GNR DE BEJA SOBRE A REFORMA**

**Objetivo geral da Entrevista:** Recolher informação Institucional sobre a processo de passagem à reforma do geronte na GNR.

#### **Recolher dados sociodemográficos do entrevistado**

##### **Caracterização do entrevistado**

Qual a sua Idade \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Formação \_\_\_\_\_  
Tempo de serviço \_\_\_\_\_

#### **Qual o entendimento sobre a reforma em contexto militar**

##### **Entendimento sobre a reforma na GNR**

1) Qual o seu entendimento sobre a reforma?

---

---

---

---

---

2) Quais são os aspetos mais importantes a salientar? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

3) O que é mais preocupante neste processo? \_\_\_\_\_

---

---

---

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4) Em que idade as pessoas se deviam reformar? \_\_\_\_\_

### **Processo de passagem à reforma na GNR**

#### **Passagem à reforma bem sucedida na GNR**

5) Como é que decorre o processo de reforma na GNR? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6) Em que idade os militares se deviam de reformar? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7) Na sua opinião a instituição GNR, prepara os seus militares para a reforma? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8) Acompanha no processo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9) O que se passa nos pós reforma? \_\_\_\_\_



---

---

---

### **Passagem à reforma bem sucedida na GNR**

10) O que é preciso para que seja feita uma reforma bem sucedida? \_\_\_\_\_

---

---

---

11) Como acha que tudo deveria ocorrer? \_\_\_\_\_

---

---

---

12) E o que é preciso para que ocorra uma reforma bem sucedida nos militares da GNR? \_\_\_\_\_

---

---

---

### **Preparação para a reforma**

13) O que é que os militares costumam dizer sobre a sua passagem à reforma? Estão desejosos? Porquê? Têm receios? Quais? Como se sente? Sabem o que vão fazer a seguir? De quem esperam apoio? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

14) No seu entender, de que forma é que os militares vivem a preparação das suas reformas? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

15) Como é que os colegas os Vêm? \_\_\_\_\_

---

---

---

16) Como deverá ser vivida a reforma? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

17) Como deve ser preparada? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

18) Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

## **Interferência da reforma na saúde mental**

### **Interferência da reforma na saúde mental**

19) De que forma a reforma interfere na saúde mental dos militares? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## **Interferência da reforma na qualidade de vida**

### **Interferência da reforma na qualidade de vida**

20) De que forma a reforma interfere na qualidade de vida dos militares? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

21) Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

**Apêndice V**  
**Entrevista aplicada aos familiares dos gerontes**

## **MESTRADO DE PSICOGERONTOLOGIA COMUNITÁRIA (6ª Edição)**

### **Projeto "Vivências da Reforma, Saúde Mental e Qualidade de Vida em Gerontes da GNR"**

#### **ENTREVISTA APLICADA AOS FAMILIARES DOS GERONTES**

**Objetivo geral da Entrevista:** Recolher informação familiar sobre as vivências da reforma dos gerontes.

#### **Recolher dados sociodemográficos do entrevistado**

##### **Caracterização do entrevistado**

Qual a sua Idade \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Formação \_\_\_\_\_  
Parentesco \_\_\_\_\_ Habita com o seu familiar \_\_\_\_\_

#### **Qual o entendimento sobre a reforma na GNR**

##### **Entendimento sobre a reforma**

- 1) Qual o seu entendimento sobre a reforma? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 2) Quais são os aspetos mais importantes a salientar? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 3) O que é mais preocupante neste processo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4) Na sua opinião, em que idade os militares da GNR se deviam de reformar? \_\_\_\_\_

---

---

**Processo de reforma do seu familiar**

5) Como é que decorreu o processo de reforma do seu familiar? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

6) Acha que se reformou com a idade adequada? \_\_\_\_\_

---

---

---

7) Na sua opinião, o seu familiar preparou a sua reforma? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

8) No seu entender, o seu familiar desejou a reforma? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

### **Passagem à reforma bem sucedida do seu familiar**

9) No seu entender, o que é preciso para que seja feita uma reforma bem sucedida, em geral? \_\_\_\_\_

---

---

---

10) Na sua opinião, o seu familiar tem uma reforma bem sucedida? \_\_\_\_\_

---

---

---

11) Como acha que tudo deveria ocorrer? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

### **Preparação para a reforma**

12) O que é que o seu familiar costuma dizer sobre a sua passagem à reforma? Estava desejoso? Porquê? Tinha receios? Quais? Como se sentia? Sabia o que iria fazer a seguir? De quem esperava apoio? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

13) No seu entender, de que forma é que o seu familiar viveu a preparação da sua reforma? \_\_\_\_\_

---

\_\_\_\_\_

14) Como é que os familiares viram esse processo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15) Na sua opinião, como deverá o seu familiar viver a sua reforma? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16) Como deve ser preparada? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17) Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## **Interferência da Reforma na saúde mental**

### **Interferência da reforma na saúde mental**

18) De que forma a reforma interfere na saúde mental do seu familiar? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

## **Interferência da Reforma na qualidade de vida**

### **Interferência da reforma na qualidade de vida**

19) Pensa que o seu familiar, após a reforma, adquiriu melhor qualidade de vida? \_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

20) De que forma a reforma interfere na qualidade de vida do seu familiar? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

21) Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

**Apêndice VI**  
**Entrevista aplicada aos gerontes.**

## MESTRADO DE PSICOGERONTOLOGIA COMUNITÁRIA (6ª Edição)

### Projeto "Vivências da Reforma, Saúde Mental e Qualidade de Vida em Gerontes da GNR"

#### ENTREVISTA APLICADA AOS GERONTES

**Objetivo geral da Entrevista:** Recolher informação sobre as vivências da reforma, saúde mental e qualidade de vida dos gerontes.

#### Recolher dados sociodemográficos e estado de consciência do entrevistado

##### Orientação

- 1) Como se chama? \_\_\_\_\_
- 2) Idade \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_
- 3) Onde nasceu? \_\_\_\_\_
- 4) Que dia é hoje? \_\_\_\_\_ Em que mês está? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Onde reside? \_\_\_\_\_
- é casado(a)? \_\_\_\_\_ Qual a data do seu casamento? \_\_\_\_\_
- tem filhos? \_\_\_\_\_ Quantos anos têm? \_\_\_\_\_
- E netos tem? \_\_\_\_\_ quantos são? \_\_\_\_\_

##### Nível pré-mórbido

- 5) Nome da professora primária \_\_\_\_\_
- 6) Em que escola estudou? \_\_\_\_\_
- 7) Qual o grau académico alcançado? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_
- 8) Qual foi/é a sua profissão? \_\_\_\_\_
- 9) Há quando tempo desempenhou essa profissão? \_\_\_\_\_
- 10) O que faz aos Fins-de-semana? \_\_\_\_\_
- 11) O que faz durante a semana? De manha? \_\_\_\_\_ De tarde? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ e à noite? \_\_\_\_\_
- 12) Que coisas despertam o seu interesse? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **A atitude do entrevistado face à sua situação**

- 13) Como se sente? \_\_\_\_\_
- 14) Onde está agora? \_\_\_\_\_ Quando chegou cá? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 15) Qual o nome do seu médico assistente? \_\_\_\_\_
- 16) Quem sou eu? \_\_\_\_\_ Conhecia-me anteriormente? \_\_\_\_\_
- 17) Descontrola-se com facilidade? \_\_\_\_\_
- 18) Pode realizar as suas tarefas habituais? \_\_\_\_\_
- 19) Tem dificuldades específicas nele? \_\_\_\_\_
- 20) Como é a sua vida familiar? \_\_\_\_\_

### **Principais queixas do entrevistado**

#### **Queixas subjetivas e espontâneas**

- 21) Como se sente? \_\_\_\_\_ Sente que alguma coisa está mal consigo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Onde se localizam as suas queixas? \_\_\_\_\_
- 22) Por vezes sente ansiedade? \_\_\_\_\_ Como é o seu sono normal? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 23) Sente demasiada fome? \_\_\_\_\_ e sede? \_\_\_\_\_
- 24) Cuida da sua imagem pessoal? \_\_\_\_\_
- 25) Toma banho quantas vezes por semana? \_\_\_\_\_
- 26) Notou recentemente alguma mudança no seu comportamento sexual? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Apoio Social**

#### **Redes de suporte informal – vizinhos e familiares**

- 27) Sente-se bem no sítio onde vive? \_\_\_\_\_ Sempre viveu aqui, ou onde vivia antes? \_\_\_\_\_
- 28) Com quem vive? \_\_\_\_\_
- 29) Que tipo de relação mantém com os vizinhos? \_\_\_\_\_
- 30) Está satisfeito com as relações de vizinhança? \_\_\_\_\_

### **Isolamento Social**

- 31) Quanto tempo passa sozinho por dia? \_\_\_\_\_
- 32) Tem alguma pessoa com que sente que pode sempre desabafar/ partilhar os seus problemas/ recorrer numa situação de emergência? \_\_\_\_\_
- 33) Costuma receber visitas? \_\_\_\_\_ Quem o visita? \_\_\_\_\_  
Com que frequência? \_\_\_\_\_

### **Relação de Amizade**

- 34) Quem são os seus melhores amigos? \_\_\_\_\_
- 35) Com quem gosta de estar? \_\_\_\_\_

## **Envelhecimento**

### **Envelhecimento bem sucedido**

- 36) O que é para si um envelhecimento bem sucedido? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 37) O que acha que é preciso para se ter um envelhecimento bem sucedido? - \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Saúde Mental

### Interferência da reforma na Saúde Mental

38) O que acha que pode fazer para promover a sua saúde mental? \_\_\_\_\_

---

---

---

39) De que forma é que acha que a reforma interfere na sua saúde mental? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

## Qualidade de Vida

### Interferência da reforma na qualidade de vida

40) Pensa que , após a reforma, adquiriu melhor qualidade de vida? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

41) De que forma a reforma interfere na sua qualidade de vida? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

42) Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

## **Vivências/Reforma bem sucedidas**

### **Vivência da Reforma bem sucedida**

43) Como foi a sua passagem à reforma? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

44) Como está a ser a sua vivência da Reforma? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

45) Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

## **PARTICIPAÇÃO EM PROJETO DE ÂMBITO COMUNITÁRIO**

46) Gostaria de participar num projeto de âmbito comunitário, direccionado para os gerentes da cidade de Beja. O projeto consiste em reparar pequenas avarias domésticas, como por exemplo: mudar uma lâmpada eléctrica, uma torneira que pinga água, uma janela/porta que abre/fecha com dificuldade?

---

---

---

---

---

**Apêndice VII**  
**Caracterização dos entrevistados**



**Tabela nº.10 - Caracterização dos entrevistados**

<b>Participantes/Grau parentesco/Função</b>	<b>Código Participante</b>	<b>Código</b>
Participante 1	P1	E1
Participante 2	P2	E2
Participante 3	P3	E3
Esposa do Participante 1	P4	E4
Esposa do Participante 2	P5	E5
Esposa do Participante 3	P6	E6
Comandante distrital da GNR	P7	E7

**Fonte:** Elaboração própria.

## **Apêndice VIII**

### **Consentimento Informado aos participantes**

## Termo de Consentimento Informado

Eu, abaixo assinado, compreendi a explicação que me foi fornecida, por escrito e verbalmente, acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo que irei participar. Foi-me dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo.

Foi-me dado todo o tempo de que necessitei para refletir sobre esta proposta de participação.

Nestas circunstâncias, decido livremente participar neste trabalho de investigação, tal como me foi apresentado pela investigadora.

---

(A/O Participante)

---

(O Mestrando)  
José Rodrigues

**Apêndice IX**  
**Transcrição das entrevistas**

## E1

### **Caracterização do entrevistado**

**Situação:** Reserva (pré-reforma)

**Organização/Instituição:** Guarda Nacional Republicana

**Formação:** 9º ano de escolaridade

**Género:** Masculino

**Idade:** 58 Anos de idade

**Tempo de Serviço:** 36 Anos, na reserva há 4 anos

**Local da entrevista:** Residência do entrevistado

**Datas da entrevista:** 11/11/2016, 17/11/2016 e 27/11/2016

**Objetivo geral da Entrevista:** Recolher informação sobre as vivências da reforma, saúde mental e qualidade de vida dos gerentes

### **Recolher dados sociodemográficos e estado de consciência do entrevistado**

#### **Orientação**

Pergunta 1. Como se chama?

Resposta 1. *José Jorge Silva de Azevedo*

Pergunta 2. Idade? Data de nascimento?

Resposta 2. *58 anos, 24/04/1958*

Pergunta 3. Onde nasceu?

Resposta 3. *S. Dinis - Vila Real*

Pergunta 4. Que dia é hoje? Em que mês está? Onde reside? é casado(a)? Qual a data do seu casamento? tem filhos? Quantos anos têm? E netos tem? quantos são?

Resposta 4. *6ª feira, dia 11 de Novembro, Rua do Moinho em Beja, sim, 08/03/1986, sim 2, 25 e 30 anos de idade e não tem netos.*

#### **Nível pré-mórbido**

Pergunta 5. Nome da professora primária

Resposta 5. *D. Isabel Mendonça*

Pergunta 6. Em que escola estudou?

Resposta 6. *Escola Industrial e Comercial de Vila Real*

Pergunta 7. Qual o grau académico alcançado? Quando?

Resposta 7. *9º ano de escolaridade em 1979*

Pergunta 8. Qual foi/é a sua profissão?

Resposta 8. *Cabo da GNR-BT*

Pergunta 9. Há quando tempo desempenhou essa profissão?

Resposta 9. *30 anos de serviço, está na reserva há 4 anos*

Pergunta 10. O que faz aos Fins-de-semana?

Resposta 10. *Passeia*

Pergunta 11. O que faz durante a semana? De manhã? De tarde? e à noite?

Resposta 11. *Vai às compras, para a horta e à noite vai ao café.*

Pergunta 12. Que coisas despertam o seu interesse?

Resposta 12. *A sua horta e a caça*

### **A atitude do entrevistado face à sua situação**

Pergunta 13. Como se sente?

Resposta 13. *Bem*

Pergunta 14. Onde está agora? Quando chegou cá?

Resposta 14. *Em casa (Beja), há mais ou menos 2 horas*

Pergunta 15. Qual o nome do seu médico assistente?

Resposta 15. *Drª Edite Spencer*

Pergunta 16. Quem sou eu? Conhecia-me anteriormente?

Resposta 16. *Sr. Rodrigues, sim da GNR-BT*

Pergunta 17. Descontrola-se com facilidade?

Resposta 17. *Sim*

Pergunta 18. Pode realizar as suas tarefas habituais?

Resposta 18. *Sim*

Pergunta 19. Tem dificuldades específicas nelas?

Resposta 19. *Em algumas, sente menos força ao realizar algumas tarefas na horta*

Pergunta 20. Como é a sua vida familiar?

Resposta 20. *Regular, normal...*

## **Principais queixas do entrevistado**

### **Queixas subjetivas e espontâneas**

Pergunta 21. Como se sente? Sente que alguma coisa está mal consigo? Onde se localizam as suas queixas?

Resposta 21. *Bem, às vezes, localizam-se ao nível do estado de espírito “depressivo”.*

Pergunta 22. Por vezes sente ansiedade? Como é o seu sono normal?

Resposta 22. *Sim, dorme bem*

Pergunta 23. Sente demasiada fome? e sede?

Resposta 23. *Não, não*

Pergunta 24. Cuida da sua imagem pessoal?

Resposta 24. *Não*

Pergunta 25. Toma banho quantas vezes por semana?

Resposta 25. *Todos os dias*

Pergunta 26. Notou recentemente alguma mudança no seu comportamento sexual?

Resposta 26. *Sim, algumas...*

## **Apoio Social**

### **Redes de suporte informal – vizinhos e familiares**

Pergunta 27. Sente-se bem no sítio onde vive? Sempre viveu aqui, ou onde vivia antes?

Resposta 27. *Sim, desde que casou*

Pergunta 28. Com quem vive?

Resposta 28. *Esposa*

Pergunta 29. Que tipo de relação mantem com os vizinhos?

Resposta 29. *Boa*

Pergunta 30. Está satisfeito com as relações de vizinhança?

Resposta 30. *Sim*

### **Isolamento Social**

Pergunta 31. Quanto tempo passa sozinho por dia?

Resposta 31. *Cerca de 8 horas*

Pergunta 32. Tem alguma pessoa com que sente que pode sempre desabafar/ partilhar os seus problemas/ recorrer numa situação de emergência?

Resposta 32. *Sim, esposa*

Pergunta 33. Costuma receber visitas? Quem o visita? Com que frequência?

Resposta 33. Não

### **Relação de Amizade**

Pergunta 34. Quem são os seus melhores amigos?

Resposta 34. *A Família*

Pergunta 35. Com quem gosta de estar?

Resposta 35. *Família e amigos*

### **Envelhecimento**

#### **Envelhecimento bem sucedido**

Pergunta 36. O que é para si um envelhecimento bem sucedido?

Resposta 36. *Com saúde e bem estar económico*

Pergunta 37. O que acha que é preciso para se ter um envelhecimento bem sucedido?

Resposta 37. *Ter saúde, a família por perto e segurança económica.*

### **Saúde Mental**

#### **Interferência da reforma na Saúde Mental**

Pergunta 38. O que acha que pode fazer para promover a sua saúde mental?

Resposta 38. *Interessar-se mais pelas coisas e ter mais vida social*

Pergunta 39. De que forma é que acha que a reforma interfere na sua saúde mental?

Resposta 39. *Provoca-lhe ansiedade e coloca-o depressivo, a esposa ainda trabalha e não sabe como ocupar o tempo.*

### **Qualidade de Vida**

#### **Interferência da reforma na qualidade de vida**

Pergunta 40. Pensa que, após a reforma, adquiriu melhor qualidade de vida?

Resposta 40. *Diz que não adquiriu melhor qualidade de vida*

Pergunta 41. De que forma a reforma interfere na sua qualidade de vida?

Resposta 41. *Sente-se desiludido, esperava ter mais e melhor qualidade de vida, a esposa ainda trabalha, tem “fartura” de tempo livre sem saber o que fazer com ele...*

Pergunta 42. Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir?

Resposta 42. *Afirma que não.*



## **Vivências/Reforma bem sucedidas**

### **Vivência da Reforma bem sucedida**

Pergunta 43. Como foi a sua passagem à reforma?

Resposta 43. *Sentiu-se agitado e aborrecido, devido à alteração legislativa, em relação ao tempo de serviço necessário para se reformar. “Ninguém” o conseguia informar quando se iria reformar...*

Pergunta 44. Como está a ser a sua vivência da Reforma?

Resposta 44. *Mais ou menos, não tem horários já é bom, mas gostava que a esposa estivesse também reformada para poder viajar.*

Pergunta 45. Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir?

Resposta 45. *Diz que, deveria de haver mais apoios para que os reformados continuassem a sentirem-se que ainda são úteis à sociedade e a remuneração deveria de ser mais elevada.*

## **PARTICIPAÇÃO EM PROJETO DE ÂMBITO COMUNITÁRIO**

Pergunta 46. Gostaria de participar num projeto de âmbito comunitário, direccionado para os gerontes da cidade de Beja. O projeto consiste em reparar pequenas avarias domésticas, como por exemplo: mudar uma lâmpada eléctrica, uma torneira que pinga água, uma janela/porta que abre/fecha com dificuldade?

Resposta 46. *Afirma que sim, seria muito bom voltar a ver antigos colegas e recordar os tempos passados...*

## E2

### Caracterização do entrevistado

**Situação:** Reformado

**Organização/Instituição:** Guarda Nacional Republicana

**Formação:** 8º ano de escolaridade

**Género:** Masculino

**Idade:** 63 Anos de idade

**Tempo de Serviço:** 36 Anos, reformado há 9 anos.

**Local da entrevista:** Residência do entrevistado

**Data/s da entrevista:** 10/11/2016, 16/11/2016 e 30/11/2016

**Objetivo geral da Entrevista:** Recolher informação sobre as vivências da reforma, saúde mental e qualidade de vida dos gerentes

### **Recolher dados sociodemográficos e estado de consciência do entrevistado**

#### **Orientação**

Pergunta 1. Como se chama?

Resposta 1. *Francisco do Monte Correia Barragão*

Pergunta 2. Idade? Data de nascimento?

Resposta 2. *63 anos, 10/02/1953*

Pergunta 3. Onde nasceu?

Resposta 3. *S. Salvador - Beja*

Pergunta 4. Que dia é hoje? Em que mês está? Onde reside? É casado(a)? Qual a data do seu casamento? Tem filhos? Quantos anos têm? E netos, tem? Quantos são?

Resposta 4. *5ª feira, dia 10 de Novembro, reside em Bairro dos Moinhos em Beja, casou em 14/02/1976, tem 4 filhos de 36, 33, 30 e 26 anos de idade, e tem 4 netos.*

#### **Nível pré-mórbido**

Pergunta 5. Nome da professora primária

Resposta 5. *Não se lembra*

Pergunta 6. Em que escola estudou?

Resposta 6. *Em Moçambique, não se lembra o nome da escola.*

Pergunta 7. Qual o grau académico alcançado? Quando?

Resposta 7. *8º ano de escolaridade, em 1974*

Pergunta 8. Qual foi/é a sua profissão?

Resposta 8. *Cabo da GNR-BT*

Pergunta 9. Há quando tempo desempenhou essa profissão?

Resposta 9. *36 anos de serviço, há 9 anos que está reformado*

Pergunta 10. O que faz aos Fins-de-semana?

Resposta 10. *Gosta de passear.*

Pergunta 11. O que faz durante a semana? De manhã? De tarde? e à noite?

Resposta 11. *Vai às compras, à tarde dorme um pouco e à noite fica em casa a ver televisão.*

Pergunta 12. Que coisas despertam o seu interesse?

Resposta 12. *Tudo o que é relacionado com desporto (jornais, revistas, televisão...)*

### **A atitude do entrevistado face à sua situação**

Pergunta 13. Como se sente?

Resposta 13. *Bem*

Pergunta 14. Onde está agora? Quando chegou cá?

Resposta 14. *Em casa, mais ou menos 1 hora.*

Pergunta 15. Qual o nome do seu médico assistente?

Resposta 15. *Dº Luís Coentro*

Pergunta 16. Quem sou eu? Conhecia-me anteriormente?

Resposta 16. *Rodrigues, sim da GNR-BT, foi meu chefe*

Pergunta 17. Descontrola-se com facilidade?

Resposta 17. *Não*

Pergunta 18. Pode realizar as suas tarefas habituais?

Resposta 18. *Sim*

Pergunta 19. Tem dificuldades específicas nele?

Resposta 19. *Não*

Pergunta 20. Como é a sua vida familiar?

Resposta 20. *Boa*

## **Principais queixas do entrevistado**

### **Queixas subjetivas e espontâneas**

Pergunta 21. Como se sente? Sente que alguma coisa está mal consigo? Onde se localizam as suas queixas?

Resposta 21. *Bem, não. Ao nível da visão*

Pergunta 22. Por vezes sente ansiedade? Como é o seu sono normal?

Resposta 22. *Pro vezes, normal, tranquilo*

Pergunta 23. Sente demasiada fome? E sede?

Resposta 23. *Não, não*

Pergunta 24. Cuida da sua imagem pessoal?

Resposta 24. *Sim*

Pergunta 25. Toma banho quantas vezes por semana?

Resposta 25. *Todos os dias*

Pergunta 26. Notou recentemente alguma mudança no seu comportamento sexual?

Resposta 26. *Não*

## **Apoio Social**

### **Redes de suporte informal – vizinhos e familiares**

Pergunta 27. Sente-se bem no sítio onde vive? Sempre viveu aqui, ou onde vivia antes?

Resposta 27. *Sim, antes de 1974 viveu em Moçambique*

Pergunta 28. Com quem vive?

Resposta 28. *Esposa*

Pergunta 29. Que tipo de relação mantem com os vizinhos?

Resposta 29. *Boa*

Pergunta 30. Está satisfeito com as relações de vizinhança?

Resposta 30. *Sim*

### **Isolamento Social**

Pergunta 31. Quanto tempo passa sozinho por dia?

Resposta 31. *Poucas horas (2,3)*

Pergunta 32. Tem alguma pessoa com que sente que pode sempre desabafar/ partilhar os seus problemas/ recorrer numa situação de emergência?

Resposta 32. *Sim a esposa*

Pergunta 33. Costuma receber visitas? Quem o visita? Com que frequência?

Resposta 33. *Sim, os familiares, 2 vezes por semana.*

### **Relação de Amizade**

Pergunta 34. Quem são os seus melhores amigos?

Resposta 34. *Familiares*

Pergunta 35. Com quem gosta de estar?

Resposta 35. *Com a família e amigos*

### **Envelhecimento**

#### **Envelhecimento bem sucedido**

Pergunta 36. O que é para si um envelhecimento bem sucedido?

Resposta 36. *É estar junto da família, sentir-se bem em termos de sociais e de saúde.*

Pergunta 37. O que acha que é preciso para se ter um envelhecimento bem sucedido?

Resposta 37. *Ter saúde e desafogo financeiro para fazer face as situações da vida e poder ajudar filhos e netos.*

### **Saúde Mental**

#### **Interferência da reforma na Saúde Mental**

Pergunta 38. O que acha que pode fazer para promover a sua saúde mental?

Resposta 38. *Exercício físico e convívio com familiares e amigos*

Pergunta 39. De que forma é que acha que a reforma interfere na sua saúde mental?

Resposta 39. *No aspecto em que, se não se tiver nada para fazer, nem pessoas para conversar, leva a que o reformado se sinta sozinho e isso não é nada bom.*

### **Qualidade de Vida**

#### **Interferência da reforma na qualidade de vida**

Pergunta 40. Pensa que, após a reforma, adquiriu melhor qualidade de vida?

Resposta 40. *Sim... (ri)*

Pergunta 41. De que forma a reforma interfere na sua qualidade de vida?

Resposta 41. *Permite ter mais tempo livre para fazer o que lhe apetecer, sem grandes obrigações, portanto interfere de forma muito positiva...(ri)*

Pergunta 42. Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir?

Resposta 42. *Diz que não.*

### **Vivências/Reforma bem sucedidas**

#### **Vivência da Reforma bem sucedida**

Pergunta 43. Como foi a sua passagem à reforma?

Resposta 43. *Foi desejada, após uma vida de trabalho, finalmente o descanso merecido! Foi uma passagem que chegou de forma desejada, pois atingiu a idade necessária.*

Pergunta 44. Como está a ser a sua vivência da Reforma?

Resposta 44. *Está a ser muito boa, com muita saúde, tem aproveitado para se dedicar mais à família, actividade de lazer, estar com os amigos e viajar.*

Pergunta 45. Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir?

Resposta 45. *Afirma que não.*

### **PARTICIPAÇÃO EM PROJETO DE ÂMBITO COMUNITÁRIO**

Pergunta 46. Gostaria de participar num projeto de âmbito comunitário, direccionado para os gerontes da cidade de Beja. O projeto consiste em reparar pequenas avarias domésticas, como por exemplo: mudar uma lâmpada eléctrica, uma torneira que pinga água, uma janela/porta que abre/fecha com dificuldade?

Resposta 46. *Diz que sim, gostava muito de participar.*

### E3

#### **Caracterização do entrevistado**

**Função/Situação:** Reformado

**Organização/Instituição:** Guarda Nacional Republicana

**Formação:** 9º Ano de escolaridade

**Género:** Masculino

**Idade:** 68 Anos de idade

**Tempo de Serviço:** 35 Anos

**Local da entrevista:** Residência do Participante em Beja

**Data/s da entrevista:** 13/11/2016, 19/11/2016 e 28/11/2016

**Objetivo geral da Entrevista:** Recolher informação sobre as vivências da reforma, saúde mental e qualidade de vida dos gerentes.

#### **Recolher dados sociodemográficos e estado de consciência do entrevistado**

##### **Orientação**

Pergunta 1. Como se chama?

Resposta 1. *Leonel Silvério da Silva*

Pergunta 2. Idade? Data de nascimento?

Resposta 2. *68 Anos, 23/10/1948*

Pergunta 3. Onde nasceu?

Resposta 3. *Monte Sobreiro - Ourique*

Pergunta 4. Que dia é hoje? Em que mês está? Onde reside? É casado(a)? Qual a data do seu casamento? Tem filhos? Quantos anos têm? E netos, tem? Quantos são?

Resposta 4. *Dia 13, Novembro, Rua Coronel Brito Paes em Beja, sim, 2 filhos, 41 e 38, sim 3 netos.*

##### **Nível pré-mórbido**

Pergunta 5. Nome da professora primária

Resposta 5. *D. Júlia*

Pergunta 6. Em que escola estudou?

Resposta 6. *Escola Primária de Santana da Serra*

Pergunta 7. Qual o grau académico alcançado? Quando?

Resposta 7. *9º Ano, em 1986*

Pergunta 8. Qual foi/é a sua profissão?

Resposta 8. *Cabo da GNR-Brigada de Transito (BT)*

Pergunta 9. Há quando tempo desempenhou essa profissão?

Resposta 9. *36 anos de serviço, reformado à 14 anos*

Pergunta 10. O que faz aos Fins-de-semana?

Resposta 10. *Vai à caça, pesca e está com a família.*

Pergunta 11. O que faz durante a semana? De manhã? De tarde? e à noite?

Resposta 11. *Vai para a horta, à tarde também, fica em casa a ver televisão.*

Pergunta 12. Que coisas despertam o seu interesse?

Resposta 12. *Coisas relacionadas com a agricultura, novas culturas, maquinas, etc..*

### **A atitude do entrevistado face à sua situação**

Pergunta 13. Como se sente?

Resposta 13. *Bem, com saúde, força e genica... (rí)*

Pergunta 14. Onde está agora? Quando chegou cá?

Resposta 14. *Em casa, há cerca de 1 hora.*

Pergunta 15. Qual o nome do seu médico assistente?

Resposta 15. *D. Edite.*

Pergunta 16. Quem sou eu? Conhecia-me anteriormente?

Resposta 16. *Sr. Rodrigues, sim da GNR-BT.*

Pergunta 17. Descontrola-se com facilidade?

Resposta 17. *Não*

Pergunta 18. Pode realizar as suas tarefas habituais?

Resposta 18. *Sim*

Pergunta 19. Tem dificuldades específicas nelas?

Resposta 19. *Não, mas com o passar do tempo, vão custando mais..*

Pergunta 20. Como é a sua vida familiar?

Resposta 20. *É boa, tem uma família “bonita”...(rí)*



## **Principais queixas do entrevistado**

### **Queixas subjetivas e espontâneas**

Pergunta 21. Como se sente? Sente que alguma coisa está mal consigo? Onde se localizam as suas queixas?

Resposta 21. *Bem, sente que leva mais tempo a reconhecer as pessoas. Ao nível da memória.*

Pergunta 22. Por vezes sente ansiedade? Como é o seu sono normal?

Resposta 22. *Sim, por vezes com sobressaltos.*

Pergunta 23. Sente demasiada fome? e sede?

Resposta 23. *Não, também não.*

Pergunta 24. Cuida da sua imagem pessoal?

Resposta 24. *Nem sempre bem.*

Pergunta 25. Toma banho quantas vezes por semana?

Resposta 25. *6 Vezes por semana.*

Pergunta 26. Notou recentemente alguma mudança no seu comportamento sexual?

Resposta 26. *Não.*

## **Apoio Social**

### **Redes de suporte informal – vizinhos e familiares**

Pergunta 27. Sente-se bem no sítio onde vive? Sempre viveu aqui, ou onde vivia antes?

Resposta 27. *Sim, desde que casou que vive ali, antes vivia em Santana da Serra.*

Pergunta 28. Com quem vive?

Resposta 28. *Com a sua esposa.*

Pergunta 29. Que tipo de relação mantem com os vizinhos?

Resposta 29. *Boa.*

Pergunta 30. Está satisfeito com as relações de vizinhança?

Resposta 30. *Sim*

### **Isolamento Social**

Pergunta 31. Quanto tempo passa sozinho por dia?

Resposta 31. *3 a 4 horas.*

Pergunta 32. Tem alguma pessoa com que sente que pode sempre desabafar/ partilhar os seus problemas/ recorrer numa situação de emergência?

Resposta 32. *Tem dúvidas, não tem ninguém.*

Pergunta 33. Costuma receber visitas? Quem o visita? Com que frequência?

Resposta 33. Sim, amigos, conhecidos e os filhos. 3 a 4 vezes por mês.

### **Relação de Amizade**

Pergunta 34. Quem são os seus melhores amigos?

Resposta 34. Filhos e netos.

Pergunta 35. Com quem gosta de estar?

Resposta 35. *Com a família e amigos.*

## **Envelhecimento**

### **Envelhecimento bem sucedido**

Pergunta 36. O que é para si um envelhecimento bem sucedido?

Resposta 36. *Em primeiro lugar é ter saúde e depois é ir fazendo aquilo que gostamos de fazer.*

Pergunta 37. O que acha que é preciso para se ter um envelhecimento bem sucedido?

Resposta 37. *Mais uma vez, ter saúde, estar rodeado por aqueles que gostamos, filhos, netos e demais família e ir fazendo qualquer “coisa”, não estar sem fazer nada. Não fazer nada enferruja o corpo...(rí)*

## **Saúde Mental**

### **Interferência da reforma na Saúde Mental**

Pergunta 38. O que acha que pode fazer para promover a sua saúde mental?

Resposta 38. *Continuar a estar ocupado com as tarefas que continuar a desempenhar e continuar a contar com a companhia e apoio da família.*

Pergunta 39. De que forma é que acha que a reforma interfere na sua saúde mental?

Resposta 39. *De forma positiva, como permite ter mais tempo livre, permite que ande menos agitado e mais bem disposto.*

## **Qualidade de Vida**

### **Interferência da reforma na qualidade de vida**

Pergunta 40. Pensa que , após a reforma, adquiriu melhor qualidade de vida?

Resposta 40. *Sim, sem qualquer dúvida sim ...(ri)*

Pergunta 41. De que forma a reforma interfere na sua qualidade de vida?

Resposta 41. *De forma positiva, permite ter tempo para estar com os amigos, ir à caça e à pesca, o que lhe provoca uma enorme satisfação.*

Pergunta 42. Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir?

Resposta 42. *Por estar reformado, não mudou a sua forma de estar na vida, ajuda sempre que pode as outras pessoas.*

### **Vivências/Reforma bem sucedidas**

#### **Vivência da Reforma bem sucedida**

Pergunta 43. Como foi a sua passagem à reforma?

Resposta 43. *Foi mais ou menos serena, diz que estava desejoso de se dedicar à agricultura, o que o agitou um pouco.*

Pergunta 44. Como está a ser a sua vivência da Reforma?

Resposta 44. *Refere que tem o tempo muito ocupado, para além da agricultura, caça e pesca, recentemente aceitou o cargo de Tesoureiro na associação de caçadores e pescadores das Neves, sente que ainda é muito “preciso”.*

Pergunta 45. Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir?

Resposta 45. *Diz que o trabalho não mata ninguém, apesar de estar reformado, continua a seguir este provérbio. (ri)*

### **PARTICIPAÇÃO EM PROJETO DE ÂMBITO COMUNITÁRIO**

Pergunta 46. Gostaria de participar num projeto de âmbito comunitário, direccionado para os gerontes da cidade de Beja. O projeto consiste em reparar pequenas avarias domésticas, como por exemplo: mudar uma lâmpada eléctrica, uma torneira que pinga água, uma janela/porta que abre/fecha com dificuldade?

Resposta46. *Sim, apesar de estar muito ocupado, vai arranjar tempo para participar.*

## E4

### Caracterização do entrevistado

**Parentesco:** Esposa (do participante P1)

**Habita com o seu familiar:** Sim

**Formação:** Licenciatura

**Género:** Feminino

**Idade:** 52 Anos de idade

**Local da entrevista:** Residência do entrevistado

**Data/s da entrevista:** 15/11/2016, 19/11/2016 e 30/11/2016

**Objetivo geral da Entrevista:** Recolher informação familiar sobre as vivências da reforma dos gerentes.

### Qual o entendimento sobre a reforma na GNR

#### Entendimento sobre a reforma

Pergunta 1. Qual o seu entendimento sobre a reforma?

Resposta 1. *É o culminar de uma carreira de trabalho e deveria ser feita num processo de transição mais humano, considerando que não existe acompanhamento depois da mesma.*

Pergunta 2. Quais são os aspetos mais importantes a salientar?

Resposta 2. *A fraca remuneração, a incapacidade de tornar as pessoas activas noutros sectores da sociedade e o tempo livre, desocupado.*

Pergunta 3. O que é mais preocupante neste processo?

Resposta 3. *A transição desacompanhada do activo para o inactivo, pode levar as pessoas a sentirem-se diminuídas nas suas capacidades diminuídas nas suas capacidades sociais (papeis sociais).*

Pergunta 4. Na sua opinião, em que idade os militares da GNR se deviam de reformar?

Resposta 4. *Dada a natureza da profissão, aos 52 anos.*

### **Processo de reforma do seu familiar**

Pergunta 5. Como é que decorreu o processo de reforma do seu familiar?

Resposta 5. *Foi fácil, porque arranjou sozinho alternativas, para estar ocupado. Faz parte de um grupo de pessoas, que cultivam terrenos cedidos pela Câmara Municipal de Beja.*

Pergunta 6. Acha que se reformou com a idade adequada?

Resposta 6. *Sim*

Pergunta 7. Na sua opinião, o seu familiar preparou a sua reforma?

Resposta 7. *Não*

Pergunta 8. No seu entender, o seu familiar desejou a reforma?

Resposta 8. *Sim, mas “sonhava”, com outras condições, que iria fazer mais coisas do que aquelas que realmente faz.*

### **Passagem à reforma bem sucedida do seu familiar**

Pergunta 9. No seu entender, o que é preciso para que seja feita uma reforma bem sucedida, em geral?

Resposta 9. *O processo deveria de ter um acompanhamento gradual, para que a pessoa continuasse a sentir-se útil para a sociedade.*

Pergunta 10. Na sua opinião, o seu familiar tem uma reforma bem sucedida?

Resposta 10. *Mais ou menos, não o vê muito feliz em muitos períodos.*

Pergunta 11. Como acha que tudo deveria ocorrer?

Resposta 11. *Deveria de haver maior reconhecimento por parte das entidades oficiais, e até de vez em quando, solicitar a formação e a experiência dos reformados para actividades de carácter social.*

### **Preparação para a reforma**

Pergunta 12. O que é que o seu familiar costuma dizer sobre a sua passagem à reforma? Estava desejoso? Porquê? Tinha receios? Quais? Como se sentia? Sabia o que iria fazer a seguir? De quem esperava apoio?

Resposta 12. *Sim, estava desejoso, pois sentia-se cansado e stressado, os seus horários não eram compatíveis com os da família em momentos especiais (Natal, aniversários, etc...) Sabia que iria entreter-se com pequenas atividades ligadas à agricultura, no terreno cedido pela Câmara Municipal de Beja, à vindima e caça, esperava apoio da família e também da GNR.*

Pergunta 13. No seu entender, de que forma é que o seu familiar viveu a preparação da sua reforma?

Resposta 13. *Com desgaste e desilusão, pois deveria de se ter reformado mais cedo, mas devido à situação do país, acabou por ter de trabalhar mais 2 anos e 6 meses, o que o desgastou muito.*

Pergunta 14. Como é que os familiares viram esse processo?

Resposta 14. *De igual forma, mas também tentaram apoiar o máximo possível e arranjar soluções alternativas.*

Pergunta 15. Na sua opinião, como deverá o seu familiar viver a sua reforma?

Resposta 15. *A descansar, ter actividades lúdicas que lhe proporcionem sentir-se bem.*

Pergunta 16. Como deve ser preparada?

Resposta 16. *Sempre com a preocupação de ter presente “no que fazer a seguir”.*

Pergunta 17. Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir?

Resposta 17. *Não apresentou sugestões ou informações.*

## **Interferência da Reforma na saúde mental**

### **Interferência da reforma na saúde mental**

Pergunta. 18. De que forma a reforma interfere na saúde mental do seu familiar?

Resposta 18. *Ao tornar-se menos activo, “envelheceu repentinamente”. Passa muito tempo a pensar entre o que eram as expectativas e a realidade.*

## **Interferência da Reforma na qualidade de vida**

### **Interferência da reforma na qualidade de vida**

Pergunta 19. Pensa que o seu familiar, após a reforma, adquiriu melhor qualidade de vida?

Resposta 19. *Afirma prontamente que não o vê com melhor qualidade de vida.*

Pergunta 20. De que forma a reforma interfere na qualidade de vida do seu familiar?

Resposta 20. *Tem demasiado tempo livre, que não consegue “ocupar” com actividades que lhe dêem felicidade. Não põe o tempo livre a proporcionar-lhe mais qualidade de vida.*

Pergunta 21. Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir?

Resposta 21. *Afirma que não.*

## E5

### Caracterização do entrevistado

**Parentesco:** Esposa (do participante P2)

**Habita com o seu familiar:** Sim

**Formação:** 11º Ano de escolaridade

**Género:** Feminino

**Idade:** 60 Anos de idade

**Local da entrevista:** Residência do entrevistado

**Data/s da entrevista:** 15/11/2016, 19/11/2016 e 30/11/2016

**Objetivo geral da Entrevista:** Recolher informação familiar sobre as vivências da reforma dos gerentes.

### Qual o entendimento sobre a reforma na GNR

#### Entendimento sobre a reforma

Pergunta 1. Qual o seu entendimento sobre a reforma?

Resposta 1. *É o pós trabalho, é uma nova fase na vida, é uma fase mais relaxada. Mas também é uma fase que deve de ser encarada como para fazer muitas coisas que não se puderam fazer anteriormente, como viajar...*

Pergunta 2. Quais são os aspetos mais importantes a salientar?

Resposta 2. *Que o reformado não caia em isolamento, por nada ter que fazer, ter saúde e dinheiro para gastar... (ri)*

Pergunta 3. O que é mais preocupante neste processo?

Resposta 3. *É sem dúvida esta “nova vida” que surge, o cortar com o passado, não ter obrigações, são muitas alterações na vida do reformado.*

Pergunta 4. Na sua opinião, em que idade os militares da GNR se deviam de reformar?

Resposta 4. *Afirma que deve de ser aos 50 anos de idade.*

### **Processo de reforma do seu familiar**

Pergunta 5. Como é que decorreu o processo de reforma do seu familiar?

Resposta 5. *Decorreu de forma pacífica, não o viu muito agitado nessa altura.*

Pergunta 6. Acha que se reformou com a idade adequada?

Resposta 6. *Não acha, acha que deveria de ser aos 50 anos no máximo e ele saiu para a reforma aos 54.*

Pergunta 7. Na sua opinião, o seu familiar preparou a sua reforma?

Resposta 7. *Não preparou, limitou-se a esperar por ela.*

Pergunta 8. No seu entender, o seu familiar desejou a reforma?

Resposta 8. *Sim desejava muito, pois sentia-se muito cansado física e psicologicamente.*

### **Passagem à reforma bem sucedida do seu familiar**

Pergunta 9. No seu entender, o que é preciso para que seja feita uma reforma bem sucedida, em geral?

Resposta 9. *Trabalhou, logo tem de ter a sua recompensa em termos financeiros, que lhe permita viver com dignidade, ou seja, valor monetário e saúde.*

Pergunta 10. Na sua opinião, o seu familiar tem uma reforma bem sucedida?

Resposta 10. *Mais ou menos, sente-se útil e necessário à sua família e amigos, mas deveria de ter uma reforma maior em termos financeiros... (ri)*

Pergunta 11. Como acha que tudo deveria ocorrer?

Resposta 11. *Deveria de ter pensado no que fazer depois de se reformar, continua a ser uma pessoa muito válida... A cidade deveria de ter atividades para os reformados!*

### **Preparação para a reforma**

Pergunta 12. O que é que o seu familiar costuma dizer sobre a sua passagem à reforma? Estava desejoso? Porquê? Tinha receios? Quais? Como se sentia? Sabia o que iria fazer a seguir? De quem esperava apoio?

Resposta 12. *Que queria a reforma, estava desejoso pois já se sentia muito cansado, não notou que tivesse receio de se reformar e não sabia o que iria fazer depois. Esperava e tem o apoio da família.*

Pergunta 13. No seu entender, de que forma é que o seu familiar viveu a preparação da sua reforma?



Resposta 13. *Ele não preparou a sua reforma, trabalhou até ao dia antes e depois aconteceu... (ri)*

Pergunta 14. Como é que os familiares viram esse processo?

Resposta 14. Ficaram contentes e desejosos que saísse...

Pergunta 15. Na sua opinião, como deverá o seu familiar viver a sua reforma?

Resposta 15. *Na boa... Como dizem os jovens (ri) , sem preocupações, ajudar os filhos e netos , viajar e acima de tudo ser feliz.*

Pergunta 16. Como deve ser preparada?

Resposta 16. *Em sua opinião, diz que não deve de ser preparada, deve deixar acontecer!*

Pergunta 17. Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir?

Resposta 17. *Diz que não.*

### **Interferência da Reforma na saúde mental**

#### **Interferência da reforma na saúde mental**

Pergunta. 18. De que forma a reforma interfere na saúde mental do seu familiar?

Resposta 18. *De forma positiva, pois vê-o mais feliz, satisfeito, brincalhão... (ri). É uma pessoa muito mais descontraída!*

### **Interferência da Reforma na qualidade de vida**

#### **Interferência da reforma na qualidade de vida**

Pergunta 19. Pensa que o seu familiar, após a reforma, adquiriu melhor qualidade de vida?

Resposta 19. *É um facto, como não tem obrigações a cumprir, levanta-se quando quer e deita-se quando quer também, viaja muito a Lisboa e Coimbra.*

Pergunta 20. De que forma a reforma interfere na qualidade de vida do seu familiar?

Resposta 20. *De forma positiva, não trabalha à noite (nem de dia) passa mais tempo com as pessoas que gosta (filhos e netos) e que gostam dele.*

Pergunta 21. Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir?

Resposta 21. *Afirma que não.*

**E6**

**Caracterização da entrevistada**

**Parentesco:** Esposa (do Participante P3)

**Habita com o seu familiar:** Sim

**Formação:** 6º Ano de Escolaridade

**Género:** Feminino

**Idade:** 65 Anos de idade

**Local da entrevista:** Residência da entrevistada

**Data/s da entrevista:** 12/11/2016, 18/11/2016 e 25/11/2016

**Objetivo geral da Entrevista:** Recolher informação familiar sobre as vivências da reforma dos gerentes.

**Qual o entendimento sobre a reforma na GNR**

**Entendimento sobre a reforma**

Pergunta 1. Qual o seu entendimento sobre a reforma?

Resposta 1 *Após uma vida de trabalho, é a situação que se fica, com a respetiva contribuição monetária. É um direito que a pessoa tem após cumprir com os anos de descontos necessários.*

Pergunta 2. Quais são os aspetos mais importantes a salientar?

Resposta 2. *É o de passar de uma vida ativa para uma mais relaxada, sem grandes obrigações em cumprir horários ou tarefas.*

Pergunta 3. O que é mais preocupante neste processo?

Resposta 3. *Como se fica menos ativo, também em termos sociais, é preciso acautelar devidamente esta situação, para continua a conviver e a interagir com outras pessoas para não se sentir sozinho.*

Pergunta 4. Na sua opinião, em que idade os militares da GNR se deviam de reformar?

Resposta 4. *Atendo ao facto de trabalhar aos fins de semana, por turnos, dias de festas, só têm um dia de folga por semana, acho que se devem de reformar aos 50 anos de idade.*

### **Processo de reforma do seu familiar**

Pergunta 5. Como é que decorreu o processo de reforma do seu familiar?

Resposta 5. *Decorreu de uma forma muito tranquila! Ele antes trabalhava na GNR e na agricultura, depois de se reformar dedicou-se mais à agricultura.*

Pergunta 6. Acha que se reformou com a idade adequada?

Resposta 6. *Sim, a vida na GNR é muito desgastante, trabalhar por turnos (dia/noite) envelhece muito as pessoas.*

Pergunta 7. Na sua opinião, o seu familiar preparou a sua reforma?

Resposta 7 *Sim, como gosta muito da agricultura preparou a sua reforma em função dessa atividade e da família também, claro!*

Pergunta 8. No seu entender, o seu familiar desejou a reforma?

Resposta 8. *Sim, sem dúvida, nos últimos anos, já lhe custava muito trabalhar, quando fazia o turno da noite. Levava vários dias para recuperar fisicamente dessa noite em que trabalhou.*

### **Passagem à reforma bem sucedida do seu familiar**

Pergunta 9. No seu entender, o que é preciso para que seja feita uma reforma bem sucedida, em geral?

Resposta 9. *Ter saúde, uma vida económica satisfatória e estar junto da família, filhos e netos.*

Pergunta 10. Na sua opinião, o seu familiar tem uma reforma bem sucedida?

Resposta 10. *Pensa que sim, está junto da família, é uma pessoa resoeitada por vizinhos e amigos e mantém-se ativo na sua agricultura ... (ri)*

Pergunta 11. Como acha que tudo deveria ocorrer?

Resposta 11. *A reforma deve de ser bem planeada, para não se cair em situações de desânimo ou de solidão.*

### **Preparação para a reforma**

Pergunta 12. O que é que o seu familiar costuma dizer sobre a sua passagem à reforma? Estava desejoso? Porquê? Tinha receios? Quais? Como se sentia? Sabia o que iria fazer a seguir? De quem esperava apoio?

Resposta 12. *Foi uma “coisa” muito boa que lhe aconteceu, estava desejoso de se reformar, porque estava também desejoso de se dedicar “à sua agricultura”, à pesca, à*

*caça.... Ficou muito feliz, não teve receio nenhum em se reformar, é uma pessoa com muitas atividade e. esperava e teve sempre o apoio da família.*

Pergunta 13.No seu entender, de que forma é que o seu familiar viveu a preparação da sua reforma?

Resposta 13. *Viveu com alguma ansiedade, o “dia” nunca mais chegava (ri).*

Pergunta 14. Como é que os familiares viram esse processo?

Resposta 14. *Sempre a apoiá-lo para que ele não se sentisse muito ansioso, que estava.*

Pergunta 15.Na sua opinião, como deverá o seu familiar viver a sua reforma?

Resposta 15. *Da forma como o tem feito nestes anos, ou seja, manter-se ocupado com atividades (agricultura, pesca, caça...) e sempre junto da família...*

Pergunta 16. Como deve ser preparada?

Resposta 16. *Deve de ser preparada de forma que a se pessoa continue a sentir importante, necessária e querida. “No Algarve os GNR’S reformados de dicam-se à pesca, no Alentejo é à Agricultura”...(ri).*

Pergunta 17. Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir?

Resposta 17. *A GNR deveria de envolver os seus antigos militares em algumas atividades, para que pudessem continuar a conviver uns com os outros mesmo depois de estarem reformados*

## **Interferência da Reforma na saúde mental**

### **Interferência da reforma na saúde mental**

Pergunta. 18 De que forma a reforma interfere na saúde mental do seu familiar?

Resposta 18.*Se a pessoa não se mantém ocupado e a socializar, começa a isolar-se a ficar sozinho, é meio caminho para entrar em depressão. É muito importante ocupar-se com qualquer coisa. E ele felizmente mantém-se muito ativo na vida!*

## **Interferência da Reforma na qualidade de vida**

### **Interferência da reforma na qualidade de vida**

Pergunta 19. Pensa que o seu familiar, após a reforma, adquiriu melhor qualidade de vida?

Resposta 19. *Sem dúvida, passou a ser uma pessoa mais descontraída, bem-disposta, deixou de ter horários, passou a ter todas as noites em casa, até em termos de saúde melhorou bastante...*

Pergunta 20. De que forma a reforma interfere na qualidade de vida do seu familiar?

Resposta 20. *Principalmente por lhe proporcionar mais tempo livre, para fazer o que quiser, como por exemplo “brincar” com os netos....*

Pergunta 21. Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir?

Resposta 21. *Como foi referido anteriormente, a GNR deveria de ter mais iniciativas para juntar os seus reformados.*

E7

### **Caracterização do entrevistado**

**Função:** Comandante Distrital da GNR em Beja

**Organização/Instituição:** Guarda Nacional Republicana

**Formação:** Licenciado em Gestão de Empresas e Mestre em Jornalismo e Guarnição

**Género:** Masculino

**Idade:** 51 Anos de idade

**Tempo de Serviço:** 32 Anos

**Local da entrevista:** Quartel da GNR em Beja

**Data/s da entrevista:** 10/11/2016, 17/11/2016 e 24/11/2016

**Objetivo geral da Entrevista:** Recolher informação Institucional sobre a processo de passagem à reforma do geronte na GNR.

### **Qual o entendimento sobre a reforma em contexto militar**

#### **Entendimento sobre a reforma na GNR**

Pergunta 1. Qual o seu entendimento sobre a reforma?

Resposta 1. *Obedece a vários pressupostos legais (idade e tempo de serviço), não é mais do que uma separação do serviço com a atribuição de uma pensão.*

Pergunta 2. Quais são os aspetos mais importantes a salientar?

Resposta 2. *Na GNR, os aspectos são os constantes no Estatuto dos Militares da Guarda (artigo 93º), como a idade, tempo de serviço, requerer, atingir o limite de idade....*

Pergunta 3. O que é mais preocupante neste processo?

Resposta 3. *Prende-se com as indefinições normativas, as constantes alterações legais introduzidas no regime aplicável e que têm vindo a retirar direitos adquiridos, o que gera, naturalmente ansiedade e tensão nos militares.*

Pergunta 4. Em que idades as pessoas se deviam reformar?

Resposta 4. *Aos 60 anos de idade, ainda defende que a idade de reforma para os militares, deve de ser inferior à dos restantes cidadãos, devido ao enorme desgaste físico e mental das funções.*

## **Processo de passagem à reforma na GNR**

### **Passagem à reforma bem sucedida na GNR**

Pergunta 5. Como é que decorre o processo de reforma na GNR?

Resposta 5. *É em regra de processamento automático, decorridos 5 anos na situação de reserva (pré-reforma) dá-se a “passagem” para a reforma.*

Pergunta 6. Em que idade, os militares se deviam de reformar?

Resposta 6. *Aos 60 anos, como anteriormente respondido na pergunta 4.*

Pergunta 7. Na sua opinião a instituição GNR, prepara os seus militares para a reforma?

Resposta 7. *Na prática, quando os militares se reformam, já estão na situação de pré-reforma (reserva) há pelo menos 5 anos, a instituição não tem nenhuma influência na preparação dos seus militares para a reforma.*

Pergunta 8. Acompanha no processo?

Resposta 8. *Durante o tempo de reserva, os militares mantêm algum relacionamento, em termos administrativos e de apoio social com a instituição.*

Pergunta 9. O que se passa nos pós reforma?

Resposta 9. *Constata-se que as ligações vão-se esvanecendo com o tempo.*

### **Passagem à reforma bem sucedida na GNR**

Pergunta 10. O que é preciso para que seja feita uma reforma bem sucedida?

Resposta 10. *É crucial que se desenvolvam ou mantenham atividades onde se sintam úteis à sociedade.*

Pergunta 11. Como acha que tudo deveria ocorrer?

Resposta 11. *Com a máxima tranquilidade, em função da vida ativa que se teve anteriormente em termos profissionais.*

Pergunta 12. E o que é preciso para que ocorra uma reforma bem sucedida nos militares da GNR?

Resposta 12. *O mesmo que ocorre para os demais cidadãos, que seja bem preparada, que mantenham uma boa atitude com a vida e que se mantenham ativos em termos sociais.*

### **Preparação para a reforma**

Pergunta 13. O que é que os militares costumam dizer sobre a sua passagem à reforma? Estão desejosos? Porquê? Têm receios? Quais? Como se sente? Sabem o que vão fazer a seguir? De quem esperam apoio?

Resposta 13. *Estão desejosos de passar à situação de reforma, no entanto, alguns militares, apresentam grande ansiedade, geralmente decorrente de conversas entre eles, devido às dúvidas e indefinições que nos últimos tempos têm pairado sobre a matéria. Alguns têm “algum” tipo de atividade (geralmente ligada à agricultura) e vai ser aí que vão ocupar o seu tempo livre, outros não sabem o que vão fazer. Ao nível do apoio, este vai recair certamente nas suas famílias.*

Pergunta 14. No seu entender, de que forma é que os militares vivem a preparação das suas reformas?

Resposta 14. *A transição, na sua esmagadora maioria, não é preparada, surge por ela própria, com o passar dos anos de serviço efectivo.*

Pergunta 15. Como é que os colegas os Vêem?

Resposta 15. *Como camaradas mais antigos, uns deixam mais, outros, menos saudades, enfim cada um, deixa as suas....*

Pergunta 16. Como deverá ser vivida a reforma?

Resposta 16. *Principalmente com paz interior, que se consegue, pela consciência tranquila do dever tranquilo.*

Pergunta 17. Como deve ser preparada?

Resposta 17. *Existem pressupostos e condicionalismos de tal forma subjectivos, que impedem responder com objectividade a esta questão, como financeiros, culturais...*

Pergunta 18. Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir?

Resposta 18. *Afirma, com uma bateria de questões tão extensa e diversificada , nada mais tem a adiantar.*

### **Interferência da reforma na saúde mental**

#### **Interferência da reforma na saúde mental**

Pergunta 19. De que forma a reforma interfere na saúde mental dos militares?



Resposta 19. *Não possui conhecimentos ou habilitações acadêmicas ou outros que permitam responder a esta questão.*

### **Interferência da reforma na qualidade de vida**

#### **Interferência da reforma na qualidade de vida**

Pergunta 20. De que forma a reforma interfere na qualidade de vida dos militares?

Resposta 20. *Tal como anteriormente referido, também não possui conhecimentos suficientes para responder a esta questão, refere apenas que existe uma “triste realidade”, em que a esperança média de vida dos militares é inferior à dos demais cidadãos.*

Pergunta 21. Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir?

Resposta 21. *Foi uma honra e um prazer ter sido escolhido, para colaborar neste interessante projeto, no âmbito do mestrado em psicogerontologia comunitária.*

## **Anexos**

**Anexo I**  
**Inventário de saúde mental**

## INVENTÁRIO DE SAÚDE MENTAL

**Adaptação do Mental Health Inventory (MHI) por P. Ribeiro 2001)**

**Abaixo vai encontrar um conjunto de questões acerca do modo como se sente no dia a dia. responda a cada uma delas assinalando num dos quadrados por baixo a resposta que melhor se aplica a si.**

### **1. QUANTO FELIZ E SATISFEITO VOCÊ TEM ESTADO COM A SUA VIDA PESSOAL?**

Extremamente feliz, não pode haver pessoa mais feliz ou satisfeita

Muito feliz e satisfeito a maior parte do tempo

Geralmente satisfeito e feliz

Por vezes ligeiramente satisfeito, por vezes ligeiramente infeliz

Geralmente insatisfeito, infeliz

Muito insatisfeito, e infeliz a maior parte do tempo

### **2. DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU SÓ NO PASSADO MÊS?**

Sempre

Quase sempre

A maior parte do tempo

Durante algum tempo

Quase nunca

Nunca

### **3. COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU NERVOSO OU APREENSIVO PERANTE COISAS QUE ACONTECERAM, OU PERANTE SITUAÇÕES INESPERADAS, NO ÚLTIMO MÊS?**

Sempre

Com muita frequência

Frequentemente

Com pouca frequência

Quase nunca

Nunca

**4. DURANTE O MÊS PASSADO COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE TINHA UM FUTURO PROMISSOR E CHEIO DE ESPERANÇA?**

Sempre

Com muita frequência

Frequentemente

Com pouca frequência

Quase nunca

Nunca

**5. COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE A SUA VIDA NO DIA A DIA ESTAVA CHEIA DE COISAS INTERESSANTES?**

Sempre

Com muita frequência

Frequentemente

Com pouca frequência

Quase nunca

Nunca

**6. COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU RELAXADO E SEM TENSÃO?**

Sempre

Com muita frequência

Frequentemente

Com pouca frequência

Quase nunca

Nunca

**7. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU PRAZER NAS COISAS QUE FAZIA?**

Sempre

Com muita frequência

Frequentemente

Com pouca frequência

Quase nunca

Nunca

**8. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, TEVE ALGUMA VEZ RAZÃO PARA SE QUESTIONAR SE ESTARIA A PERDER A CABEÇA, OU A PERDER O CONTROLO SOBRE OS SEUS ACTOS, AS SUAS PALAVRAS, OS SEUS, PENSAMENTOS, SENTIMENTOS OU MEMÓRIA?**

Não, nunca

Talvez um pouco

Sim, mas não o suficiente para ficar preocupado com isso

Sim, e fiquei um bocado preocupado

Sim, e isso preocupa-me

Sim, e estou muito preocupado com isso

**9. SENTIU-SE DEPRIMIDO DURANTE O ÚLTIMO MÊS?**

Sim, até ao ponto de não me interessar por nada durante dias

Sim, muito deprimido quase todos os dias

Sim, deprimido muitas vezes

Sim, por vezes sinto-me um pouco deprimido

Não, nunca me sinto deprimido

**10. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTAS VEZES SE SENTIU AMADO E QUERIDO?**

Sempre

Quase sempre

A maior parte das vezes

Algumas vezes

Muito poucas vezes

Nunca

**11. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS PASSADO SE SENTIU MUITO NERVOSO?**

Sempre

Quase sempre

A maior parte do tempo

Durante algum tempo

Quase nunca

Nunca

**12. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA ESPERAVA TER UM DIA INTERESSANTE AO LEVANTAR-SE?**

Sempre

Com muita frequência

Frequentemente

Com pouca frequência

Quase nunca

Nunca

**13. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU TENSO E IRRITADO?**

Sempre

Quase sempre

A maior parte do tempo

Durante algum tempo

Quase nunca

Nunca

**14. DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU QUE CONTROLAVA PERFEITAMENTE O SEU COMPORTAMENTO, PENSAMENTO, EMOÇÕES E SENTIMENTOS?**

Sim, completamente

Sim, geralmente

Sim, penso que sim

Não muito bem

Não e ando um pouco perturbado por isso

Não, e ando muito perturbado por isso

**15. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU AS MÃOS A TREMER QUANDO FAZIA ALGUMA COISA?**

Sempre



Com muita frequência

Frequentemente

Com pouca frequência

Quase nunca

Nunca

**16. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE NÃO TINHA FUTURO, QUE NÃO TINHA PARA ONDE ORIENTAR A SUA VIDA?**

Sempre

Com muita frequência

Frequentemente

Com pouca frequência

Quase nunca

Nunca

**17. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU CALMO E EM PAZ?**

Sempre

Quase sempre

A maior parte do tempo

Durante algum tempo

Quase nunca

Nunca

**18. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU EMOCIONALMENTE ESTÁVEL?**

Sempre

Quase sempre

A maior parte do tempo

Durante algum tempo

Quase nunca

Nunca

**19. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO?**

Sempre

Quase sempre

A maior parte do tempo

Durante algum tempo

Quase nunca

Nunca

**20. COM QUE FREQUÊNCIA, NO MÊS PASSADO SE SENTIU COMO SE FOSSE CHORAR?**

Sempre

Com muita frequência

Frequentemente

Com pouca frequência

Quase nunca

Nunca

**21. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ SENTIU QUE AS OUTRAS PESSOAS SE SENTIRIAM MELHOR SE VOCÊ NÃO EXISTISSE?**

Sempre

Com muita frequência

Frequentemente

Com pouca frequência

Quase nunca

Nunca

**22. QUANTO TEMPO, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU CAPAZ DE RELAXAR SEM DIFICULDADE?**

Sempre

Quase sempre

A maior parte do tempo

Durante algum tempo

Quase nunca

Nunca

**23. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE AS SUAS RELAÇÕES AMOROSAS ERAM TOTAL OU COMPLETAMENTE SATISFATÓRIAS?**

Sempre

Quase sempre

A maior parte do tempo

Durante algum tempo

Quase nunca

Nunca

**24. COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE TUDO ACONTECIA AO CONTRÁRIO DO QUE DESEJAVA?**

Sempre

Com muita frequência

Frequentemente

Com pouca frequência

Quase nunca

Nunca

**25. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUÃO INCOMODADO É QUE VOC SE SENTIU DEVIDO AO NERVOSO?**

Extremamente, ao ponto de não poder fazer as coisas que devia

Muito incomodado

Um pouco incomodado pelos meus nervos

Algo incomodado, o suficiente para que desse por isso

Apenas de forma muito ligeira

Nada incomodado

**26. NO MÊS QUE PASSOU, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE A SUA VIDA ERA UMA AVENTURA MARAVILHOSA?**

Sempre

Quase sempre

A maior parte do tempo

Durante algum tempo

Quase nunca

Nunca

**27. DURANTE QUANTO TEMPO, DURANTE O MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO, DE TAL MODO QUE NADA O CONSEGUIA ANIMAR?**

Sempre

Com muita frequência

Frequentemente

Com pouca frequência

Quase nunca

Nunca

**28. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ALGUMA VEZ PENSOU EM ACABAR COM A VIDA?**

Sim, muitas vezes

Sim, algumas vezes

Sim, umas poucas de vezes

Sim, uma vez

Não, nunca

**29. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU, CANSADO INQUIETO E IMPACIENTE?**

Sempre

Quase sempre

A maior parte do tempo

Durante algum tempo

Quase nunca

Nunca

**30. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU RABUGENTO OU DE MAU HUMOR?**

Sempre

Quase sempre

A maior parte do tempo

Durante algum tempo

Quase nunca

Nunca

**31. DURANTE QUANTO TEMPO, NO ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU ALEGRE, ANIMADO E BEM DISPOSTO?**

Sempre

Quase sempre

A maior parte do tempo

Durante algum tempo

Quase nunca

Nunca

**32. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU CONFUSO OU PERTURBADO?**

Sempre

Com muita frequência

Frequentemente

Com pouca frequência

Quase nunca

Nunca

**33. DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU-SE ANSIOSO OU PREOCUPADO?**

Sim, extremamente, ao pouco de ficar doente ou quase

Sim, muito

Sim, um pouco

Sim, o suficiente para me incomodar

Sim, de forma muito ligeira

Não. De maneira nenhuma

**34. NO ÚLTIMO MÊS DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU UMA PESSOA FELIZ?**

Sempre

Quase sempre

A maior parte do tempo

Durante algum tempo

Quase nunca

Nunca

**35. COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU COM DIFICULDADE EMÊSE MANTER CALMO?**

Sempre

Com muita frequência

Frequentemente

Com pouca frequência

Quase nunca

Nunca

**36. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU  
ESPIRITUALMENTE EM BAIXO?**

Sempre

Quase sempre

Uma boa parte do tempo

Durante algum tempo

Quase nunca

Nunca acordo com a sensação de descansado

**37. COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ACORDOU DE  
MANHÃ SENTINDO-SE FRESCO E REPOUSADO?**

Sempre, todos os dias

Quase todos os dias

Frequentemente

Algumas vezes, mas normalmente não

Quase nunca

Nunca

**38. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ESTEVE, OU SENTIU-SE DEBAIXO DE  
GRANDE PRESSÃO OU STRESS?**

Sim, quase a ultrapassar os meus limites

Sim, muita pressão



Sim, alguma, mais do que o costume

Sim, alguma, como de costume

Sim, um pouco

Não, nenhuma

**Anexo II**  
**Instrumento de avaliação de qualidade de vida**

## QUALIDADE DE VIDA NO IDOSO - WHOQOL – OLD

Por favor, tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações.  
Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

Q.1 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.2 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.3 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.4 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.5 O quanto você sente que as pessoas ao s

Q.6 eu redor respeitam a sua liberdade? Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.7 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.8 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.9 O quanto você tem medo de morrer?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.10 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

Q.11 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.12 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.13 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.14 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua Vida?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.15 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

Q.16 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua

vida? Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem

insatisfeito (3) Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)

Q.17 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o

seu tempo? Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem

insatisfeito (3) Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)

Q.18 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem

insatisfeito (3) Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)

Q.19 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3)

Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)

Q.20 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz (1) Infeliz (2) Nem feliz nem infeliz (3) Feliz (4) Muito feliz (5)

Q.20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim (1) Ruim (2) Nem ruim nem boa (3) Boa (4) Muito boa (5)

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

Q.21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)